



# UNIVERSIDAD DE LA RIOJA

## TRABAJO FIN DE ESTUDIOS

Título

La intervención del trabajador social en un centro de drogodependencia en la provincia de Soria

Autor/es

INMACULADA CONCEPCIÓN DE MIGUEL VIVAS

Director/es

VICENTE LÁZARO RUIZ

Facultad

Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales

Titulación

Grado en Trabajo Social

Departamento

CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

Curso académico

2017-18



***La intervención del trabajador social en un centro de drogodependencia en la provincia de Soria***, de INMACULADA CONCEPCIÓN DE MIGUEL VIVAS (publicada por la Universidad de La Rioja) se difunde bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported. Permisos que vayan más allá de lo cubierto por esta licencia pueden solicitarse a los titulares del copyright.



UNIVERSIDAD  
DE LA RIOJA



---

# LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN UN CENTRO DE DROGODEPENDENCIA EN LA PROVINCIA DE SORIA.

---

TUTOR: VICENTE LÁZARO RUIZ.



INMACULADA C. DE MIGUEL VIVAS  
GRADO EN TRABAJO SOCIAL.

## RESUMEN:

Perseguimos un doble objetivo, por un lado, revalorizar la labor del trabajador social en el ámbito de la drogodependencia y por otro lado detectar y analizar las necesidades de los drogodependientes con el fin de conseguir su rehabilitación en todos los ámbitos de su vida cuando acuden a un centro de atención a la drogodependencia. Para el desarrollo del trabajo se ha estudiado el trabajo que realizan en un centro de atención a la drogodependencia de la provincia de Soria. Se ha seguido la metodología y los procedimientos de los tratamientos llevados a cabo en este centro. Así mismo, se han valorado los talleres, las reuniones son los usuarios y se intentó realizar terapia familiar, pero esto no dio resultado porque las familias no acudieron a la cita prevista. En la parte empírica se ha realizado un estudio a treinta y dos usuarios de dieciocho parámetros como variables sociales. El estudio de la metodología y el procedimiento de reinserción de estos usuarios mediante un programa de intervención ha sido el objetivo de este trabajo porque el número de usuarios rehabilitados es escaso y a muy largo plazo porque depende de los usuarios a los que está destinado y de la motivación que estos tengan depende la obtención de los objetivos previstos.

## PALABRAS CLAVE:

Drogodependiente, trabajador social, equipo multidisciplinar, reinserción, usuario, rehabilitación, recaída, tratamiento ambulatorio, centro de atención al drogodependiente, ámbito social.

## ABSTRACT:

We pursue a double objective, on the one hand, to revalue the work of the social worker in the field of drug addiction and on the other hand to detect and analyze the needs of drug addicts in order to achieve their rehabilitation in all areas of their lives when they come to a center for attention to drug addiction. For the development of the work, they have studied the work they do in a center for attention to drug addiction in the province of Soria. The methodology and procedures of the treatments carried out in this center have been followed. Likewise, the workshops have been valued, the meetings are the users and family therapy was tried, but this did not work because the families did not attend the scheduled meeting. In the empirical part, a study was carried out on thirty-two users of eighteen parameters as social variables. The study of the methodology and the reintegration procedure of these users through an intervention program has been the objective of this work because the number of rehabilitated users is scarce and very long term because it depends on the users to whom it is destined and the The motivation that these have depends on obtaining the intended objectives.

## KEYWORDS:

Drug dependent, social worker, multidisciplinary team, reintegration, user, rehabilitation, relapse, outpatient treatment, drug treatment center, social environment.

## INDICE:

<b>1. Introducción.....</b>	<b>5</b>
1.1. Justificación.....	7
1.2. Objetivos.....	8
<b>2. Parte teórica: El papel del Trabajador Social en drogodependencia.....</b>	<b>9</b>
<b>2.1. Un marco para la revisión del mundo de las drogas.....</b>	<b>9</b>
2.1.1. Los tres grandes grupos de sustancias estupefacientes según la OMS.....	10
2.1.2. Tipos de drogas según el Ministerio del Interior.....	11
2.1.3. Términos relacionados con la drogadicción según la OMS.....	13
<b>2.2. Marcos legislativos sobre drogas.....</b>	<b>15</b>
2.2.1. El Plan Nacional sobre drogas en España.....	15
2.2.2. El Plan Regional sobre drogas en Castilla y León.....	16
2.2.3. EL Plan Provincial sobre drogas en la provincia de Soria.....	19
2.2.4. El Plan Municipal sobre drogas en la ciudad de Soria.....	20
<b>2.3. Diagnóstico y asesoramiento del Trabajador social.....</b>	<b>21</b>
2.3.1. Niveles de atención.....	21
2.3.2. Atención a drogodependiente en CyL. -.....	23
2.3.2.1. Centro de atención general.....	24
2.3.2.2. Centro de Atención a Drogodependientes.....	24
2.3.2.2.1. Actividades del Trabajador Social.....	25
2.3.2.2.2. Tratamiento ambulatorio.....	27
2.3.2.2.2.1. Procesos a desarrollar en los CAD.....	28
2.3.2.2.2.2. Programas asistenciales a desarrollar en los CAD...31	
2.3.2.2.2.3. Área de salud.....	31
2.3.2.2.2.4. Área social.....	32
<b>3. Parte empírica.....</b>	<b>33</b>
3.1. Introducción.....	33
3.2. Metodología.....	35
3.2.1. Sujetos/ Muestra.....	36
3.2.1. Material/ instrumento.....	36
3.2.3. Procedimiento.....	40
3.3. Resultados.....	41
3.3.1. Sexo.....	42
3.3.2. Edad actual de los usuarios, edad de inicio en el consumo y la relacion.....	42
3.3.3. Nacionalidad.....	44
3.3.4. Estado civil, convivencia y vivienda.....	44
3.3.5. Los estudios, la situación laboral de los usuarios y la situación económica.....	46
3.3.6. Discapacidad.....	48
3.3.7. Situación penal.....	48
3.3.8. Acceso al tratamiento, tratamientos previos, antecedentes familiares, sustancia principal de consumo, vía de administración de consumo de las sustancias y otras sustancias diferentes a la principal.....	49
3.4. Discusión y conclusiones.....	53

<b>4. Conclusiones.....</b>	<b>57</b>
<b>5. Bibliografía.....</b>	<b>60</b>
<b>6. Anexos.....</b>	<b>62</b>
6.1. <i>Anexo 1: Algunos ejemplos de las variables de usuarios utilizados en la</i> <i>tabla.....</i>	62
6.1.1. <i>Sujeto 1.....</i>	62
6.1.2. <i>Sujeto 2.....</i>	62
6.1.3. <i>Sujeto 3.....</i>	63
6.1.4. <i>Sujeto 4.....</i>	64
6.1.5. <i>Sujeto 5.....</i>	64
6.1.6. <i>Sujeto 6.....</i>	65
6.1.7. <i>Sujeto 7.....</i>	65
6.1.8. <i>Sujeto 8.....</i>	66
6.1.9. <i>Sujeto 9.....</i>	67
6.1.10. <i>Sujeto 10.....</i>	67
6.2. <i>Tabla de efectos de las drogas utilizadas.....</i>	68

## **1. INTRODUCCION:**

La drogadicción es un problema social que debe tratarse desde las instituciones públicas garantizando el acceso a los tratamientos a todas las personas que lo soliciten. El trabajador social es la persona que debe responsabilizarse de llevar a cabo programas tanto de prevención como de rehabilitación y de reinserción en la sociedad de estas personas. Así mismo, quiero reivindicar el trabajo de la Cruz Roja Española en Soria porque es fundamental para ayudar a un colectivo que de otra manera se encontraría desprotegido y desamparado socialmente, También mi reconocimiento a la labor que realizan en esta institución los trabajadores sociales, psicólogos y médicos cuyo trabajo tanto con el enfermo como con las familias en su lucha por la superación y la plena inserción social. El/ la trabajador social es la persona más cercana al usuario, la que pasa más horas con él y la que debe mostrar mayor empatía para que su labor consiga los objetivos fijados.

En este trabajo pretendo presentar la realidad social en cuanto a este tema en la provincia de Soria y el trabajo que realizan los trabajadores sociales para llevar a cabo una tarea difícil, problemática y cuyas garantías de éxito dependen del buen hacer de estos profesionales.

En este documento se presenta un análisis detallado de las situaciones personas de 30 usuarios del centro de atención a drogodependientes de la Cruz Roja Española en la provincia de Soria.

Así mismo, pretendo dejar patente la difícil tarea del trabajador social y cómo estos llevan a cabo su labor en el mencionado centro. El papel social de esta institución es muy importante porque es el único centro de atención a estas personas en toda una provincia que cuenta con 90.000 habitantes. El centro de atención a drogodependientes de la Cruz Roja Española en Soria, juega un papel relevante en la reincorporación sociolaboral de estas personas asesorando, acompañando y apoyando al usuario, movilizándolo los recursos necesarios ajustándolos a las necesidades, pero respetando en todo momento su autonomía personal basada en la visión integral de la persona, una labor que requiere una gran dedicación y esfuerzo por parte del equipo multidisciplinar, en la que el trabajador social representa una parte importantísima, y también de las personas que padecen esta enfermedad.

En el marco teórico pretendo clarificar los términos dependencia, drogadicción y las sustancias que los provocan, así mismo, otro vocabulario relacionado con este problema social. En el marco legislativo, se analizan los distintos planes tanto nacionales como regionales, provinciales y municipales que existen para tratar la drogodependencia y las adicciones. En la parte de diagnóstico y asesoramiento del trabajador social se muestran los 3 niveles de atención de asistencia que realizan las instituciones. Se hace hincapié en la atención que presta la comunidad autónoma de Castilla y León.

La intervención del Trabajador social es primordial es importantísima es la persona más cercana al usuario y trabaja en varias áreas que en su conjunto forma parte de la vida de las personas y que generalmente están desestructuradas en los drogodependientes. El trabajador social debe gestionar áreas como la residencial, la familiar, los recursos personales y psicológicos, la económica, la educativa, la formativo laboral, el área relacionada con el ocio, judicial y de salud. El trabajador social debe manejar los entresijos sociales para coordinar todas estas áreas de forma eficiente en favor del drogodependiente, es una labor complicada basada en la interacción directa con el usuario. El análisis de su personalidad y de su situación social para valorar cual es el mejor camino que seguir en su rehabilitación y cuál de estas áreas es la que necesita más trabajo en el individuo.

En la parte empírica explicaré cómo es el centro de la atención al drogodependiente, donde reciben atención los usuarios objeto de este estudio, junto con la metodología y los programas de intervención que lleva a cabo en toda su área de influencia, así mismo, se analizara la metodología, el procedimiento y los resultados obtenidos con la intervención del centro por medio de los trabajadores sociales, médicos, psicólogos....

Con todo ello, pretendo dar valor a la figura y a la labor que realizan los trabajadores sociales tan necesarios en una sociedad como la nuestra.



### *1.1 JUSTIFICACION.*

El trabajo social desempeña un papel muy importante en el tema de la drogodependencia ya que es considerada un objeto propio en los ámbitos disciplinar y profesional, ya que esta disciplina pretende provocar un cambio social. El trabajo social examina su naturaleza, enfermedades derivadas y conductas que provocan en las personas. La drogodependencia es considerada una enfermedad que con frecuente comienza de manera paulatina y pasa de ser un consumo social a un consumo abusivo, en consecuencia, se necesita tener modelos y teorías multidimensionales, algunos de los componentes de estos modelos es el sociocultural. Este problema social necesita de dimensiones y fases básicas de la intervención, las técnicas se orientan en la interacción entre el paciente y el contexto social en el que se relaciona, las personas que lo rodean y los lugares que frecuenta.

La adicción a las drogas es uno de los problemas socio- sanitarios más importantes que afecta a la sociedad, según Clemendiz (2009). Actualmente, la medicina ha realizado muchos avances, sin embargo, en cuanto a la dependencia todavía prevalecen juicios y estigmas y las personas que la padecen son considerados diferentes porque presentan dificultades para su integración y participación en la sociedad. Por eso, es necesario seguir trabajando con estas personas y darles la respuesta asistencial que necesiten; pero para ello es necesario hacer un mapa social que permita distribuir los recursos, desarrollar las estrategias que cambien y mejoren la situación de los grupos sociales más vulnerables y que corren el riesgo de sufrir adicciones.

El análisis de todas las variables sociales que influyen en estas personas presenta una visión general y de conjunto que es necesaria para poder valorar las necesidades de la sociedad en su conjunto y de las personas de forma individual, por eso hay tantas variables como personas, sin embargo, he procurado reducirlas a un número computable, que fuera clave para determinar el tratamiento posterior de estas personas en diferentes áreas, área de intervención para superar la adicción, área de intervención social con su entorno y área de incorporación socio laboral.

## *1.2.OBJETIVOS*

Objetivo general:

- Conocer la influencia de las variables sociales en personas drogodependientes en la provincia de Soria, para analizar la influencia que tienen tanto en sus recaídas como en su recuperación.
- Valorar la necesidad de la intervención del Trabajador Social en las drogas.
- Analizar las variables sociales de treinta y dos usuarios, recogidos en la parte empírica.

Objetivo específico:

- Analizar las actuaciones que el trabajador social debe llevar a cabo durante el tratamiento y reinserción social.
- Valorar la labor del Trabajador Social en los centros de atención al drogodependiente.
- Coordinar por parte del Trabajador Social las condiciones concretas que afectan a los usuarios para iniciar el proceso de inserción social.
- Poner en marcha las actividades individuales, familiares o grupales necesarias para su reinserción social recomendadas por el Trabajador Social.
- Evaluar si los indicadores para el cumplimiento de objetivos son los correctos.
- Evaluar si se cumplen los objetivos y si el proceso de recuperación y reinserción social es positivo.

## **2. PARTE TEÓRICA: EL PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN DROGODEPENDENCIA:**

Para estudiar el papel del trabajador social nos vamos a basar en ampliar el conocimiento de las sustancias estupefacientes en una primera parte denominada un marco para la revisión del mundo de las drogas; a continuación, en el marco legislativo sobre las drogas se analizarán todas las leyes promulgadas por el estado español, la comunidad autónoma y la provincia para paliar esta lacra social; y por último se hará una valoración y un diagnóstico sobre la labor del trabajador social.

Para comprender todos los problemas asociados con la drogodependencia es necesario poseer unos conocimientos previos que formarían parte de la teoría sobre este tema. El trabajador social debe echar mano de estos conocimientos para poder aplicarlos en su trabajo cotidiano, además de las características personales como empatía y sensibilidad.

Me parece interesante el conocimiento de todas aquellas sustancias que provocan cambios en la personalidad del individuo y más cuando estos cambios provocan alteraciones individuales, familiares y sociales y que depositan la resolución de estos conflictos en manos de los trabajadores sociales, profesión a la que espero dedicar el resto de mi vida.

### **2.1. UN MARCO PARA LA REVISIÓN DEL MUNDO DE LAS DROGAS:**

El consumo de drogas es un problema actual, pero con raíces históricas, sin embargo, fue en el siglo XX cuando los organismos internacionales se percataron del problema que representaba la población adicta a sustancias estupefacientes, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), en primer lugar, lo que esta organización define y concreta sobre que sustancias pueden considerarse bajo el concepto de la palabra droga. En la segunda parte los tipos de drogas según el Ministerio del Interior y, por último, los términos relacionados con la drogodependencia que pueden ayudar a comprender a este colectivo.

Las drogas no son un invento moderno. Han existido siempre. Sin embargo, aunque culturalmente fueran aceptadas ha sido en los últimos años cuando se les ha puesto nombre, se las ha estudiado en profundidad y se ha pretendido regular su consumo y adaptarlo a campos como la medicina, sin embargo, su consumo se ha extendido de forma incontrolada en amplios sectores de la población creando un problema.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004), las drogas son todas aquellas sustancias que, introducidas en el organismo, por cualquier vía de administración, produce una alteración del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo; y es susceptible de crear dependencia tanto física como psíquica. Existen diferentes clasificaciones sobre drogas según los efectos que producen, la procedencia, la intensidad de la adicción, el tipo de dependencia, si son legales o ilegales, etc.

La OMS se vió obligada a considerar sustancias estupefacientes aquellas que generaban alteraciones en el comportamiento de las personas cuando se producen casos de adicción, es decir, cuando las personas comienzan a depender del consumo de estupefacientes y hacen todo lo posible por proseguir con el consumo. Así podemos considerar distintos efectos en el sistema nervioso según las drogas sean estimulantes, depresoras o alucinógenos.

#### *2.1.1.LOS TRES GRANDES GRUPOS DE SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES SEGÚN LA OMS:*

La OMS (2004), clasifica las drogas según la dependencia que genera y los efectos análogos y las pautas de comportamiento en los usuarios. A partir de la clasificación de la OMS se puede hablar de 3 grandes grupos:

Las sustancias **estimulantes** son aquellas que alteran el estado mental y estimulan el cerebro y el sistema nervioso central. El efecto que producen es el de aumentar y acelerar la actividad funcional. La forma de administración es variada; puede ser mediante ingestión, inyectada por vía intravenosa o aspirada por mucosas nasales. Pertenecen a este grupo las anfetaminas, la cocaína, el éxtasis y las metilxantinas (cafeína, teofilina, mateína y otros).

Las drogas consideradas **depresoras** inducen al sueño y a relajar el sistema nervioso y deprimen o disminuyen la actividad corporal. La administración puede realizarse por vía intravenosa, oral o fumándolas, son los tranquilizantes (benzodiacepinas), los hipnóticos (barbitúricos y alcoholes), los analgésicos narcóticos (codeína, morfina, heroína, metadona y otros), los anestésicos (éter, cloroformo y otros) y los disolventes inhalantes (acetona, tolueno y otros).

Las sustancias consideradas **alucinógenas** provocan en el individuo una alienación pasajera de la actividad psíquica, con distorsiones perceptuales y desplazamiento de la imaginación. Producen delirios, alucinaciones y estados de confusión y despersonalización. Podemos incluir al LSD (dietilamida del ácido lisérgico), el peyote, la mezcalina, el PCP, y los cannabis: hachís, aceite de hash y marihuana.

En España, se consumen muchos tipos de drogas. Unas consideradas legales como el alcohol y el tabaco, que a pesar de producir adicción no están consumidas por la ley y las consideradas ilegales que si lo están. En el siguiente epígrafe tratamos los tipos de drogas según el Ministerio del Interior.

### *2.1.2. TIPOS DE DROGAS SEGÚN EL MINISTERIO DEL INTERIOR:*

Si definimos droga como sustancias que alteran el comportamiento humano dependiendo del consumo tanto esporádico como adictivo, podemos encontrar varios tipos de estas sustancias, algunas de ellas son toleradas e incluso aceptadas en la sociedad como el tabaco y el alcohol, sin embargo, hay otras muchas sustancias que generan un rechazo social a quien las consume.

Las sustancias adictivas que a continuación se detallan son las que han afectado a los objetos de estudio de este trabajo, coincide con las de consumo más habitual en la sociedad española, algunas de ellas se consideran legales a pesar de que sus efectos son devastadores como el caso del tabaco y el alcohol, otras son consideradas ilegales, pero esto no detiene el consumo.

La clasificación de estas sustancias se ha obtenido de un libro editado por el ministerio del Interior, cuyos objetivos eran llevar a la juventud y otros grupos de riesgo un conocimiento riguroso de los efectos y consecuencias del consumo indiscriminado que puede llevar a la adicción... (Ministerio de Sanidad y Consumo (2007) *Drogas*. Avenida Grafica).

El **Tabaco** es una droga estimulante del sistema nervioso central. Uno de sus componentes, la nicotina, posee una enorme capacidad adictiva, y es la causa por la que el consumo produce dependencia. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tabaco es la primera causa evitable de enfermedad, invalidez y muerte prematura en el mundo. En Europa, el tabaquismo provoca cada año 1,2 millones de muertes. Está directamente relacionado con la aparición de 29 enfermedades (de las cuales 10 son

diferentes tipos de cáncer) y es la principal causa de buena parte de muertes por cáncer de pulmón y de más del 50% de las enfermedades cardiovasculares.

El **Alcohol** es una droga depresora del Sistema nervioso Central que inhibe progresivamente las funciones cerebrales. Afecta a la capacidad de autocontrol, produciendo inicialmente euforia y desinhibición, por lo que puede confundirse con un estimulante. El alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida en la sociedad española y la que más problemas sanitarios y sociales ocasiona. Del patrón tradicional de consumo “mediterráneo” -consumo vinculado sobre todo con la comida- se ha pasado al modelo “anglosajón”, en el que se bebe mucho en un corto periodo de tiempo, como ocurre en espacios de ocio durante los fines de semana, y especialmente bebidas de alta graduación, dando lugar a verdaderos “atracones de alcohol”.

El **Cannabis**, la marihuana, es una droga que se extrae de la planta Cannabis sativa, con cuya resina, hojas, tallos, y flores se elaboran las drogas ilegales más consumidas en España: el hachís y la marihuana. Sus efectos sobre el cerebro son debidos principalmente a uno de sus principios activos, el Tetrahidrocannabinol o THC, que se encuentra en diferentes proporciones según el preparado utilizado. El cannabis es la droga ilegal más consumida en el mundo. En la última década su consumo ha aumentado de forma considerable, especialmente entre adolescentes y jóvenes, siendo la edad de inicio cada vez más temprana. Su consumo no genera, aparentemente, preocupación social, aunque las investigaciones ponen cada vez mas de manifiesto que acarrea importantes problemas psíquicos, especialmente cuando se dan las circunstancias de edad de inicio temprana, policonsumo, abuso, etc.

La **Cocaína** es un potente estimulante del sistema nervioso central y una de las drogas más adictivas y peligrosas. Se trata de una droga que se obtiene a partir del procesamiento químico de las hojas del arbusto de coca Erythroxylum coca. El consumo de cocaína ha aumentado de forma considerable durante la última década en España, en Europa, y en todos los países desarrollados. Actualmente es la segunda droga ilegal más consumida después del cannabis. Una importante proporción de adolescentes y jóvenes prueban con esta sustancia. De ellos, un número significativo pasa a niveles de consumo más elevados y problemáticos, llegando a desarrollar una clara dependencia.

La palabra **Drogas de síntesis** es el nombre por el que se conoce a un amplio grupo de sustancias producidas por síntesis química entre las que cabe señalar el éxtasis, el

GHB, la ketamina, el PCP o “polvo de ángel”. En comparación con otras sustancias psicoactivas el éxtasis es una droga de consumo minoritario en España, aunque debido a la notoriedad que alcanza en los medios de comunicación pudiera parecer lo contrario.

La **Heroína** es una droga sintetizada a partir de la morfina, derivada a su vez del opio que se obtiene de la planta *Papaver somniferum*. Se incluye en el grupo de los opiáceos, tratando de buscar un fármaco con la potencia analgésica de la morfina, pero sin su capacidad adictiva, aunque pronto se comprobó que sus riesgos y efectos negativos eran superiores a los de la morfina y la mayoría de los países occidentales suspendió su uso médico. El consumo de heroína en España es inferior al de otras drogas, aunque hace años fue la droga más significativa, es la droga que más alarma social ha generado entre la población por los graves problemas sanitarios, sociales y familiares que ha provocado.

### *2.1.3. TERMINOS RELACIONADOS CON LA DROGODEPENDENCIA:*

Para poder comprender el problema de la drogodependencia es necesario conocer una serie de vocablos utilizados en este tema que permitirán comprender el problema en su totalidad puesto que van a ser utilizados a lo largo de este trabajo para describir situaciones y análisis sobre este problema.

**1) Tolerancia:** es un estado de adaptación biológica caracterizado por la disminución de respuesta que provoca la administración de la misma cantidad de una sustancia. Tipos de tolerancia:

- **Farmacodinámica:** después de la exposición a la droga, se necesitan mayores niveles de esta para conseguir una respuesta adecuada.
- **Metabólica:** es el incremento de la capacidad para metabolizar la droga.
- **Cruzada:** cuando un órgano que presenta tolerancia a una sustancia desarrolla tolerancia a otra.
- **Pérdida de tolerancia:** es el proceso de eliminación de un fármaco desde el organismo sin referencia al mecanismo del proceso.

**2) Abstinencia:** estado físico y mental derivada de la privación de una sustancia adictiva. después de la no administración de una sustancia se genera dependencia de ella, esto es un indicador de la presencia de síndrome de abstinencia.

**3) Patrones de consumo:** diferentes tipos de vínculos de las personas con las sustancias, sin ser todos ellos adicciones, ni consumos problemáticos.

4) **Uso:** podemos diferenciar varios tipos de uso de sustancias:

- **Uso experimental:** una droga se consume para probar sus efectos y después de varios usos, se abandona.

- **Uso regular o social:** se sigue usando la sustancia, después de experimentar sus efectos y su consumo se incluye en su vida cotidiana.

- **Uso nocivo:** según la OMS, es el patrón de consumo que causa daño mental o físico.

5) **Abuso:** es el patrón de uso de la sustancia que provoca limitaciones por no poder cumplir obligaciones transcendentales, un uso recurrente que implica un peligro físico y un uso continuado de la sustancia.

6) **Dependencia:** es el estado psíquico e incluso físico de la interacción entre un organismo vivo y una droga., se caracteriza por provocar modificaciones en el comportamiento, en este momento la sustancia es ingerida de forma continua o periódica para volver a experimentar efectos psíquicos o para evitar el malestar de no poder consumirla.

7) **Intoxicación:** produce perturbaciones a nivel cognitivo, perceptivo, afectivo, de conciencia, conductual o relacionado con otras funciones y reacciones psicofisiológicas.

8) **Recaída:** una persona vuelve a consumir y padece de nuevo los síntomas rompiendo el ciclo de recuperación.

9) **Patología Dual:** es la comorbilidad de un trastorno por abuso o dependencia de sustancias y un trastorno diagnóstico primario.



## **2.2. LOS MARCOS LEGISLATIVOS SOBRE LAS DROGAS:**

Los marcos legislativos en España están divididos en cuatro partes con el objetivo de ofrecer soluciones a este problema de forma cercana y llegar a todos los individuos que necesiten ayuda, por eso, hemos dividido en el Plan Nacional sobre drogas dependiente del Ministerio del Interior, un plan regional o autonómico de castilla y león que depende de la Junta, un plan provincial y, por último, un plan municipal dependiente de los ayuntamientos

### ***2.2.1.EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS EN ESPAÑA:***

El Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) es una iniciativa gubernamental destinada a coordinar y potenciar las políticas que, en materia de drogas, se llevan a cabo desde las distintas Administraciones Públicas y entidades sociales en España. El Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior, Delegación del Gobierno para el plan nacional sobre drogas, 1996. Las líneas de actuación del Plan entre otras son:

- Promover una política de prevención que haga posible una disminución de la oferta y de la demanda de drogas.
- Fortalecer una red de centros para la asistencia y rehabilitación de personas con problemas derivados del consumo de drogas, impulsando su incorporación a la vida social.
- Desarrollar las reformas legales necesarias para afrontar con éxito los problemas relacionados con el consumo y tráfico de drogas.
- Coordinar la actuación conjunta y eficaz de todos los organismos del Estado destinados al control de la oferta.
- Impulsar los programas y actividades que las distintas instituciones autonómicas, locales y organizaciones no gubernamentales realizan en este ámbito.

Para llevar a cabo y poner en funcionamiento este plan es necesario estudiar de forma estratégica su aplicación para obtener los resultados convenidos. Estas estrategias vienen definidas en:

A) La Estrategia Nacional sobre Drogas.

Documento elaborado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, donde se recogen de forma clara y precisa las metas y objetivos a alcanzar en

las diferentes áreas de intervención. Tiene una vigencia de 8 años y se desarrolla a través de Planes de Acción cuatrienales. Se limita en tiempo para valorar la consecución de los objetivos y analizar la estrategia de forma efectiva tanto en su aplicación como en su implicación social. A través del:

B) Plan de Acción sobre drogas.

Contiene las acciones que se desarrollaran para alcanzar los objetivos que se marcan en la estrategia.

Participan igualmente todos aquellos órganos de la Administración Central implicados; todos los Planes Autonómicos de Drogas y otras adicciones; representantes de la Administración Local, así como Organizaciones del Tercer Sector y representantes de sociedades científicas. Tiene una vigencia de 4 años.

*2.2.2.EL PLAN REGIONAL SOBRE DROGAS EN CASTILLA Y LEÓN:*

El Plan Regional sobre Drogas es el instrumento estratégico para la planificación y ordenación de las actuaciones que en materia de drogas se lleven a cabo en Castilla y León. El plan regional sobre drogas, junta de Castilla y León, 2017-2021. La vigencia temporal será fijada en el propio plan. HE utilizado el plan regional sobre drogas en Castilla y León porque es la comunidad autónoma donde he llevado a cabo las prácticas y donde residen los individuos del estudio que deben acomodarse a las leyes en la comunidad autónoma donde son tratados.

A) El contenido del Plan Regional sobre Drogas.

Contemplara en su redacción, al menos, los siguientes elementos:

- a) Análisis de la problemática y aproximación epidemiológica al consumo de drogas en Castilla y León.
- b) Objetivos generales y objetivos específicos para áreas de intervención.
- c) Criterios básicos de actuación.
- d) Programas y calendario de actuaciones.

- e) Responsabilidades y funciones de las Administraciones Públicas, entidades privadas e instituciones.
- f) Descripción del circuito terapéutico y de los niveles de intervención.
- g) Recursos necesarios para alcanzar los objetivos del Plan.
- h) Mecanismos de evaluación.

Deberá precisar de forma cuantitativa, en la medida de las posibilidades técnicas y de la eficiencia, sus objetivos, prioridades y estrategias, de modo que pueda medirse su impacto y evaluar los resultados.

Para llevar a cabo un estudio sobre individuos que sufren algún tipo de adicción se deben contar con factores administrativos que ayuden al trabajador social a realizar su labor y a los que se tiene que ceñir como límites y directrices de su actuación.

#### B) Instrumentos de coordinación del Plan Regional sobre Drogas.

Para la coordinación, cooperación, seguimiento y evaluación de las actuaciones contempladas en esta Ley, en el Plan Regional y en los Planes Locales sobre Drogas, existirán los siguientes instrumentos de coordinación. Por un lado, existe el **Comisionado Regional para la Droga** que es el órgano unipersonal de coordinación de las actuaciones que en materia de drogas se lleven a cabo en Castilla y León y de gestión de los recursos destinados específicamente a este fin por la Administración de esta Comunidad Autónoma. Quedará adscrito a la Consejería competente en materia de drogodependencia, con rango de Dirección General. Su titular será designado y separado libremente por la Junta de Castilla y León, a propuesta del titular de la Consejería competente en la materia. El desarrollo de las funciones del comisionado, así como los medios materiales y humanos de la Oficina, se determinarán reglamentariamente. El Comisionado elaborará una Memoria Anual sobre el funcionamiento del Plan Regional, que será presentada a las Cortes de Castilla y León.

Por otro lado, está la **Red de planes sobre Drogas** que se podría definir como la coordinación y cooperación entre la Administración de la Comunidad de Castilla y León, los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes y las Diputaciones Provinciales se realizará a través de la Red de Planes sobre Drogas. Las características, composición,

funciones y régimen de funcionamiento de esta Red estarán reglamentariamente determinadas.

Por último, están las **Comisiones locales de coordinación** compuestas por los delegados de los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes y las Diputaciones Provinciales constituirán comisiones de coordinación, evaluación y seguimiento de los Planes Locales sobre Drogas en su ámbito territorial de competencia. Las características, composiciones, funciones y régimen de funcionamiento de estas comisiones serán desarrolladas por la Administración local competente, garantizando la representación y participación de las instituciones públicas y privadas implicadas en la intervención en drogodependencias en su ámbito territorial.

La prevención es algo que promueve la junta de Castilla y león y para acercarse a los más jóvenes utilizan un programa llamado Triskelion. Es un programa muy importante ya que explican a los jóvenes todas las dudas que puedan tener en el tema de las drogas y les ayuda a conocer su situación y a acercarse más a su familia en caso de que estén viviendo una situación complicada con las drogas.

La prevención, en general y en todos los aspectos, consiste en anticiparse a una situación para reducir los daños. En cuanto a las drogas la prevención es esencial para evitar que el consumo se extienda en adolescentes y que estos puedan caer en la adicción, por eso, es muy importante llevar a cabo unas intervenciones como la que lleva Cruz Roja en Soria con el programa Triskelion, cuyos destinatarios son los jóvenes y sus familias como grupo de riesgo.

Existen 3 niveles de prevención:

- Universal: dirigido a toda la población. Con una información generalizada sobre el consumo de drogas, tiene como objetivo que la sociedad tome conciencia de un problema y que las personas afectadas sepan las actuaciones que deben seguir para superar su problema.
- Selectivo: dirigido a personas con factores de riesgo. Tanto familiares, como socioeconómicos.... Personas que convivan de forma directa o indirecta que convivan en un ambiente proclive al consumo.

- Indicada: personas con abuso de sustancias sin dependencia. Para personas que consumen habitualmente sin llegar a una fase de dependencia; ayudarles para que salgan de esa espiral que solo puede ir en una dirección: la adicción.

Una psicóloga del centro es la encargada de llevar adelante el programa Triskelion. Parte de su labor consiste en acercarse a los centros de enseñanza e informar a los adolescentes sobre el consumo de drogas y los riesgos que conlleva. Otra parte de su tarea es la de tratar con personas que consumen pero que necesitan ayuda para no caer en la adicción o superarla. El trabajo con adolescentes incluye tratar también con sus familias para mejorar las relaciones interpersonales dentro de la misma fijando normas y límites que ayuden al adolescente a evitar el mundo de las drogas. El programa Triskelion es una atención psicoeducativa y terapéutica, dirigida a jóvenes y adolescentes y a sus familias, que presentan un abuso en el consumo de sustancias sin llegar a tener dependencia, las edades de los jóvenes y adolescentes están entre los 12 y los 21 años. Los jóvenes y adolescentes de este programa pueden presentar otros problemas como inadaptación familiar, escolar y social, problemas de autocontrol y del comportamiento. La intervención prestada por la psicóloga es individual y familiar. Se trabajan varias áreas como, el consumo de drogas, el desarrollo personal y socio relacional, la gestión del ocio y tiempo libre, las relaciones familiares, la comunicación no verbal y la comunicación asertiva, la toma de decisiones, las normas y los límites y se realizan jornadas de sensibilización para aprender a afrontar la situación.

Los objetivos del programa son:

1. Conseguir que el abuso no llegue a dependencia, reduciendo la frecuencia del consumo de drogas y promover la abstinencia.
2. Ofrecer información y asesoramiento a las familias.
3. Reducir los factores de riesgo para prevenir el progreso de la dependencia.

### *2.2.3.EL PLAN PROVINCIAL SOBRE DROGAS EN LA PROVINCIA DE SORIA:*

El plan provincial sobre drogas en la provincia de Soria debe seguir las directrices del plan establecido por la comunidad autónoma. Este plan promulgado por la diputación provincial de Soria, 2016, establece líneas estratégicas y de planificación cuyo objetivo principal es reducir los consumos de tabaco, alcohol y otras sustancias que generan adicción en la provincia de Soria, así como, minimizar riesgos sociales y sanitarios

relacionados con el uso y abuso de estas sustancias. También pretende mejorar la integración social de las personas que las consumen. Este plan tiene como prioridad la prevención del consumo de drogas, controlar la oferta de estas y facilitar la asistencia y la integración social a las personas que deseen abandonar el consumo abusivo y garantizar los tratamientos integrales que estas personas necesiten. El objetivo principal es la reinserción social en todos los ámbitos.

#### *2.2.4.EL PLAN MUNICIPAL SOBRE LAS DROGAS EN LA CIUDAD DE SORIA:*

El plan municipal sobre las actuaciones en materia de drogodependencia en la ciudad de Soria recae directamente sobre el ayuntamiento y se promulgo en el año 2015, debe acatar las directrices impuestas en el plan provincial, el de la comunidad autónoma y el nacional, es decir, serán los niveles superiores los que fijarán los objetivos, prioridades, criterios y estrategias, en los planes sobre la drogadicción. Este plan fue aprobado en el año 2015 en un pleno del ayuntamiento a petición de la concejalía competente.

## **2.3.EL TRABAJADOR SOCIAL EN EL DIAGNOSTICO Y ASESORAMIENTO SOBRE DROGADICCION**

El trabajador social es el profesional encargado de tratar al usuario en el centro de atención al drogodependiente en la provincia de Soria, su trabajo es directo y está basado en la empatía y el conocimiento de las circunstancias personales. Generalmente estos profesionales dependen de organismos públicos dedicados a la asistencia, rehabilitación e integración de estas personas, son la punta de lanza de la sociedad para tratar a estas personas, deben conocer la ley, pero sobre todo deben tener una gran capacidad de empatía para conectar con los usuarios. Junto con profesionales sanitarios como médico, psiquiatra, psicólogos, forman el equipo que se centra directamente con el consumo de estupefacientes. Como trabajadora social y dado que he realizado prácticas en un centro dedicado a esta tarea, me he visto inmersa en problemáticas de difícil solución que me han ofrecido la oportunidad de ver el gran trabajo que realizan este equipo de profesionales, sobre todo los trabajadores sociales por su implicación personal y profesional con los usuarios.

La atención al drogodependiente es muy compleja y por esta razón se ha dividido en tres niveles con actuaciones personalizadas por parte del trabajador social y del equipo multidisciplinar adaptadas a cada uno de los pasos del proceso con el fin de proporcionar al usuario una atención individualizada y efectiva de los recursos de los que se dispone.

Todos los niveles son importantes porque garantizan la efectividad y la aplicación de los recursos. Cada persona necesita un tipo de atención individualizada que le garantiza cada uno de estos niveles.

Especialmente se analizará la comunidad autónoma de Castilla y León.

### **2.3.1. NIVELES DE ATENCION DEL DROGODEPENDIENTE:**

El sistema de Asistencia e Integración Social del drogodependiente se estructura en tres niveles básicos de intervención. El circuito terapéutico, la jerarquización de los recursos, las condiciones de acceso y derivación de drogodependientes al mismo, así como la inclusión de niveles complementarios de intervención, serán determinados y desarrollados por el Plan Regional sobre Drogas.

En todo caso, la configuración del circuito terapéutico supone la aceptación de los diferentes centros, servicios y programas de los objetivos generales de la atención, de un

estilo de trabajo común, de una necesidad de coordinación, y de las funciones que la Ley y el Plan atribuyen a cada nivel y servicio.

A) Primer Nivel:

Constituye la puerta de entrada a este sistema. El primer nivel estará constituido por:

- Los equipos de Atención Primaria, distribuidos en Zonas Básicas de Salud.
- Los Centros de Acción Social, distribuidos en Zonas Básicas de Acción Social.
- Los Programas que se determinen desarrollados por Asociaciones de Ayuda y Autoayuda y otras Entidades.

Las funciones del nivel primario de atención a las personas drogodependientes son:

- Información, orientación, motivación y educación sanitaria.
- Diagnóstico y detección precoz.
- Atención a su problemática social y a las patologías somáticas asociadas al consumo de drogas.
- Apoyo a su proceso de incorporación social.
- Apoyo a sus familias y entorno afectivo.

El Plan Regional establecerá los mecanismos de coordinación y reparto de funciones entre los centros, servicios y asociaciones, garantizando una actuación integral en el territorio.

B) Segundo Nivel:

Es donde se desarrolla buena parte del proceso de la asistencia a drogodependientes. El segundo nivel estará constituido por:

- Centros específicos acreditados de atención ambulatoria a drogodependientes (CAD), de los que existirán, al menos, uno por Área de Salud que se constituirán en dispositivo de referencia para este nivel.
- Equipos de Salud Mental de Distrito.
- Unidades de Psiquiatría de Hospitales Generales.
- Programas de rehabilitación en régimen intermedio.
- Hospitales Generales.
- Centros y programas acreditados de tratamiento con sustitutivos de opiáceos.



En cada Área de Salud existirán, en la medida en que las disponibilidades lo permitan, todos los servicios y programas enunciados.

Las funciones básicas de los servicios y programas del segundo nivel son:

- La desintoxicación, deshabituación y rehabilitación ambulatoria.
- El apoyo a los procesos de integración social.
- La atención a la patología somática asociada al consumo de drogas.
- La atención a las urgencias provocadas por el consumo de drogas.
- La educación sanitaria y apoyo psicológico a drogodependientes infectados por el VIH y enfermos del SIDA.

C) Tercer Nivel:

A este nivel se accede por derivación de centros de tratamiento especializado. El Tercer Nivel estará constituido por los siguientes centros y servicios, con ámbito de actuación regional:

- Unidades de Desintoxicación Hospitalaria: la función es la desintoxicación de las personas drogodependientes.
- Comunidades Terapéuticas Acreditadas: las funciones básicas son la desintoxicación, deshabituación y rehabilitación en régimen residencial de las adicciones.

### *2.3.2. ATENCION A DROGODEPENDIENTES EN CASTILLA Y LEON:*

La Comunidad Autónoma de Castilla y León ha puesto en marcha varios centros de atención general para tratar a las personas que padecen esta enfermedad son centros que a pesar de depender de la Comunidad Autónoma están en todas las provincias y el número de ellos depende de la densidad de habitantes. Estos centros a veces tienen relación directa con los equipos provinciales de todas aquellas provincias que integran la comunidad autónoma, porque forman parte de los denominados servicios sociales.

En esta comunidad autónoma está muy desarrollada la atención al drogodependiente mediante centro de atención general y ambulatoria, en los que desarrolla su actividad el trabajador social, que junto con el equipo multidisciplinar propone un tratamiento ambulatorio y los procesos a desarrollar mediante programas asistenciales desarrollados por los CAD adscritos al área de salud y al área social que dependen de la comunidad autónoma.

### *2.3.2.1.LOS CENTROS DE ATENCION GENERAL*

Los CAD se enmarcan en los dispositivos de segundo nivel que integran la Red de Atención a las drogodependencias. Además del diseño y desarrollo de planes individualizados de tratamiento ambulatorio, asumen la coordinación con otros dispositivos asistenciales, siendo los recursos de referencia para el tratamiento ambulatorio de las adicciones.

El funcionamiento del CAD de Cruz Roja Española en Soria se adapta a los modelos de gestión de procesos de asistencia a drogodependientes establecidos por el Comisionado Regional para la Droga de la Junta de Castilla y León en la guía de “procesos y procedimientos para los Centros de Asistencia a Drogodependientes de Castilla y León”.

El Equipo Terapéutico está compuesto por profesionales de las distintas áreas de intervención: 2 Trabajadoras Sociales, 1 Médico, 1 Enfermero y 2 Psicólogas.

### *2.3.2.2. LOS CENTROS DE ATENCION AMBULATORIA AL DROGODEPENDIENTE:*

Los centros de atención ambulatoria al drogodependiente son el pilar de la rehabilitación de estos usuarios, son los centros de trabajo desde los cuales el trabajador social realiza su labor. Las funciones de estos centros son muy amplias y la mayor parte de ellas la realiza un equipo multidisciplinar, del que forman parte los trabajadores sociales, personal sanitario....

El Sistema de Asistencia e Integración Social de Drogodependientes de Castilla y León asigna a los Centros de Atención Ambulatoria las siguientes funciones:

- A) La evaluación diagnóstica, desintoxicación y deshabituación ambulatoria de drogodependientes, incluida la realización de tratamientos con sustitutivos opiáceos.
- B) La educación sanitaria destinada a reducir los daños asociados al consumo de drogas.
- C) La prevención y el seguimiento, en estrecha colaboración con el Sistema de Salud de Castilla y León, de la patología orgánica y mental asociada al consumo de drogas ilegales.

D) El apoyo a los procesos de inserción sociolaboral de los drogodependientes con dificultades en este ámbito, en colaboración con los recursos generales y especializados.

E) La derivación a otros recursos especializados en el tratamiento de las drogodependencias o pertenecientes a la red para la integración sociolaboral del drogodependiente.

#### ***2.3.2.2.1. LAS ACTIVIDADES DEL TRABAJADOR SOCIAL***

Como ya hemos dicho, el Trabajador social es la persona encargada de tratar con los usuarios para ayudarles directamente y tratar de recomponer las situaciones vitales que les han conducido a la adicción.

Las actividades a desarrollar en el área sociolaboral, en función del perfil de situación del drogodependiente son muy variadas y afectan a todos los ámbitos de la vida del drogodependiente para poder determinar qué clase de ayuda es la que necesita cada una de las personas que acude al Centro de Atención a Drogodependientes.

Se valoran nueve áreas:

##### ***1) Área residencial- vivienda:***

- Gestión de acceso a recursos convivenciales (alojamientos tutelados o no tutelados).

##### ***2) Área familiar:***

- Grupos de orientación a familiares con personas en procesos de integración social.
- Alta de la familia en el Servicio de Educación Familiar (sistema de Acción Social) para orientarla y apoyarla en el manejo de la dinámica general familiar y determinados problemas que afecten a la misma (desorganización familiar, problemas de gestión familiar, ausencia de normas, deficiencia en la atención de hijos menores, etc.).
- Inicio de terapias familiares en recursos normalizados o aplicación programas de competencia familiar.

##### ***3) Área de recursos personales y psicológicos:***

- Entrenamiento para la mejora de competencias y habilidades personales.

- Entrenamiento en habilidades sociales, es una parte complicada, ya que en muchos casos las personas que padecen este problema carecen de habilidades sociales.

**4) *Área económica:***

- Gestión de prestaciones económicas, en función de la situación de cada usuario.

**5) *Área educativa:***

- Incorporación a Programas de Educación de Adultos.
- Incorporación a Programas de Garantía Social.
- Participación en enseñanzas regladas y no regladas.

**6) *Área formativo- laboral.***

**A) Formación para el empleo:**

- Detección de potencialidades y limitaciones en relación con la integración laboral.
- Participación en talleres de formación prelaborales.
- Participación en programas y cursos de formación o especialización profesional, normalizados, cuasi normalizados o específicos.
- Orientación profesional hacia el empleo: información y asesoramiento.

**B) Laboral:**

- Inscripción como demandante de empleo.
- Talleres de técnicas de búsqueda activa de empleo.
- Incorporación a empresas de inserción.
- Prácticas en empresas.
- Incorporación a Escuelas Taller, Talleres de Empleo y Casas de Oficio.
- Acceso a Iniciativas locales de empleo y a iniciativas de empleo rural.
- Apoyo económico/ financiero al autoempleo.

**7) *Área relacional y de ocio:***

**A) Relacional y de red social:**

- Colaboración con organizaciones de voluntariado.
- Incorporación a asociaciones juveniles, culturales, deportivas, etc.
- Participación en escuelas deportivas.

B) Ocio y tiempo libre:

- Incorporación a talleres de planificación del ocio.
- Información sobre actividades de ocio disponibles en la comunidad.
- Apoyo y acompañamiento por personal especializado para facilitar el acceso y la participación inicial en actividades normalizadas de ocio.

**8) Área judicial:**

- Orientación legal básica a los sujetos en proceso de integración.
- Información y asesoramiento a diversas instancias judiciales.

**9) Área de salud:**

- Colaborar en el desarrollo de los programas de reducción de los daños.
- Estimular el seguimiento de las pautas de tratamiento prescritas y la adquisición de conductas saludables.
- Colaborar en la gestión por el usuario de trámites relativos a la formalización de Tarjeta Sanitaria.
- Información y/o acompañamiento para el desarrollo de conductas sanitarias normalizadas.

El papel del Trabajador social es conocer el funcionamiento de todas estas áreas, su aplicación al usuario de una forma personalizada, conociendo realmente sus necesidades. El trabajador social realiza una función de interacción con el usuario, basado en el conocimiento personal, de sus inquietudes. Al margen del problema social que genera el consumo de drogas, debe conocer al individuo lo suficiente para remitirlo al área que le proporcione más seguridad y que le permita conseguir su objetivo social y personal, la reinserción y la rehabilitación total.

**2.3.2.2.2.EL TRATAMIENTO AMBULATORIO DE DROGODEPENDIENTES**

El tratamiento ambulatorio está basado en una atención periódica de una o dos veces por semana al drogodependiente, este seguimiento semanal permite al usuario seguir integrado en la sociedad en su relación laboral y familiar. Acuden al centro a las reuniones periódicas. Pero cuando abandonan el centro se pueden enfrentar a situaciones de riesgo que les pueden conducir a la recaída, lo mismo que anteriormente les condujeron a la adicción.

#### *2.3.2.2.2.1. Los Procesos a desarrollar en los CAD.*

Los procesos que desarrollan en el centro de atención al drogodependiente siguen determinadas pautas para generar seguridad y confianza tanto en los trabajadores como en los usuarios.

##### *2.3.2.2.2.1.1. (Sub) Proceso 1: Recepción de la demanda:*

- Directa: demanda formulada por el paciente o persona directamente afectada por problemas de dependencia de las drogas.
- Derivación: de carácter general (servicios de salud, sociales, etc.), específico para el tratamiento de las drogodependencias.

Se cita al paciente por la Unidad Administrativa con algún profesional del centro, para comenzar el proceso de valoración. La acoge al paciente para informarle sobre la oferta de servicios disponibles y condiciones de esta. En un plazo no superior a 15 días desde la formulación de la demanda de tratamiento y de la primera cita. Informar sobre los derechos y deberes de los pacientes. Solicitar un consentimiento informado para la recogida y tratamiento de información.

Las personas que se benefician de los servicios de información y orientación que tiene lugar en esta fase, son todos aquellos drogodependientes que estén interesados en recibir ayuda o tratamiento.

El procedimiento que se lleva a cabo es que, las demandas se registrarán en la “hoja de registro demanda de tratamiento”, una vez que se confirma la intención de la persona de comenzar la rehabilitación, la Unidad Administrativa concertara una cita con el trabajador social, en un plazo no superior a 15 días. El trabajador social realizará la acogida del paciente, en la primera cita se ampliará la información del paciente acerca de las alternativas disponibles. En la primera cita:

1. Informará al paciente de las modalidades en el tratamiento de las drogodependencias.
2. Informar sobre la Carta de servicios que ofrece el CAD, y los derechos y deberes que le asisten.

Las instituciones responsables de la gestión de los centros asumen libremente una serie de compromisos:

- Informar por escrito de las Normas generales de funcionamiento interno del CAD.
- Iniciar la cumplimentación de la Historia Clínica: Datos de Identificación, Historia Toxicológica e Historia Sociolaboral.

Una vez concluida la cita, el trabajador social pondrá en contacto al paciente con la Unidad Administrativa del CAD para que se le facilite cita con otros profesionales del CAD responsables de la valoración médica y psicológica de la drogodependencia.

#### 2.3.2.2.2.2.(Sub) Proceso 2: Valoración de la demanda:

Todas las demandas de tratamiento recibidas por el CAD deberán ser valoradas por un médico, psicólogo y trabajador social, quienes se encargarán de realizar la valoración médica, psicológica y sociolaboral del paciente.

Al inicio de la valoración, el equipo interdisciplinar deberá decidir si es preciso estabilizar al paciente antes de completar la valoración.

La obtención de una historia clínica completa y fiable es esencial para una correcta asistencia al drogodependiente.

En el proceso de elaboración de la historia clínica deben evaluarse, necesariamente, las siguientes dimensiones:

- Toxicología o adictiva: que incluye la historia de consumo, la exploración de las características del patrón actual de consumo y de la presencia de conductas de riesgo (vinculadas a la vía de administración de sustancias o sexuales) y la confirmación de la existencia de un trastorno de dependencia a sustancias.
- Sanitaria: que incluye la exploración sistemática del estado general de salud y de la presencia de enfermedades somáticas.
- Psicológica: que incluirá la evaluación de la personalidad, el funcionamiento cognitivo y los trastornos psicológicos predominantes.
- Sociolaboral: que incluirá la evaluación de la funcionalidad de las relaciones familiares y sociales, la autonomía personal y la presencia de eventos relevantes en la historia familiar, laboral o personal del paciente (acontecimientos traumáticos o estresantes, etc.).

#### 2.3.2.2.2.1.3. (Sub) Proceso 3: Elaboración del diagnóstico biopsicosocial:

Las valoraciones parciales de las áreas médica, psicológica y sociolaboral serán puestas en común por los profesionales responsables de las mismas, quienes tras su análisis y discusión procederán a formular un diagnóstico biopsicosocial del paciente, cuyo contenido será registrado por escrito en la historia clínica.

Se hará una puesta en común de las evaluaciones realizadas en las distintas áreas y formulará de una valoración biopsicosocial del paciente.

En los casos donde haya sido preciso realizar intervenciones de estabilización previas a la valoración, el plazo se computará a partir de la fecha en que se completaron las mismas.

#### 2.3.2.2.2.1.4. (Sub) Proceso 4: Diseño del plan individualizado de tratamiento:

Una vez puestas en común las valoraciones de las distintas áreas de intervención y formulado un diagnóstico biopsicosocial del paciente, el equipo técnico del CAD elaborará una propuesta de Plan Individualizado de Tratamiento. Las funciones de este profesional serán las siguientes:

- Servir de referente para el exterior, centralizando los flujos de información procedentes del propio paciente, su familia y de otros centros o instituciones que pudieran tener relación con el paciente a lo largo del tratamiento.
- Responsabilizarse del seguimiento del Plan Individualizado de Tratamiento, proponiendo la revisión del caso en las reuniones de equipo cuando lo estime oportuno.
- Emitir informes de seguimiento, siempre que no se refieran a aspectos específicos que escapen a su espacio competencial, en base al registro de las actuaciones practicadas que aparecerán consignadas en la historia clínica.

Se elaborará un diseño de los contenidos del Plan Individualizado de tratamiento y se designará a un profesional de referencia para cada paciente.

En esta fase se atenderá a los problemas existentes en la incorporación sociolaboral que dificulten los progresos en el tratamiento, el equipo diseñará actividades asistenciales a desarrollar con los pacientes.



#### 2.3.2.2.2.1.5. (Sub) Proceso 5: Traslado al paciente de la propuesta de tratamiento:

El profesional de referencia será el encargado de trasladar al paciente el contenido del Plan terapéutico individualizado (PIT), en un plazo no superior a 7 días desde el día que fuera decidido por los profesionales que participaron en su evaluación.

#### 2.3.2.2.2.1.6. (Sub) Proceso 6: Implementación del Plan Individualizado de Tratamiento:

Se llevarán a cabo actividades del programa terapéutico para favorecer la inserción sociolaboral de los pacientes. Se tendrá que garantizar a los pacientes que deben desarrollar la totalidad de las actividades propuestas por los profesionales.

Las actividades en esta etapa se desarrollarán por áreas; el área sanitaria el área sociolaboral será, área residencial, familiar, económica, educativa, formación para el empleo, laboral, judicial, etc....

#### 2.3.2.2.2.1.7. (Sub) Proceso 7: Evaluación periódica del PIT.

El equipo interdisciplinar (incluye: trabajador social, psicólogo, médico y enfermero...) evaluará la marcha del plan diseñado y decidirá los cambios o modificaciones que sean necesarios. Estas modificaciones alteran el tratamiento del paciente y por lo tanto deben ser registrados y trasladados en la historia clínica.

#### 2.3.2.2.2.2. *Los Programas asistenciales desarrollados en los CAD*

Los CAD constituyen los recursos de referencia para el tratamiento ambulatorio de las drogodependencias. Los CAD son centros con equipo multidisciplinar, que está formado por un médico y enfermero, un psicólogo y un trabajador social. Cada profesional de los CAD tiene unos objetivos específicos de cada área.

#### 2.3.2.2.2.3. *El Área de Salud.*

El área de salud se compone de médico y enfermero.

Área psicológica: Del programa psicológico se encarga la profesional competente (psicóloga), en esta área se trabajan intervenciones de carácter psicológico, individuales y grupales, orientadas al tratamiento de las drogodependencias y a la identificación y tratamiento de ciertos trastornos.

#### 2.3.2.2.2.4. *El Área Social:*

El área social incluye a los trabajadores sociales. En este programa se contemplan diferentes actuaciones de carácter social orientadas al tratamiento de las drogodependencias y la superación de problemas o déficit de tipo social que presentan los usuarios de los CAD que pueden comprometerlos procesos de participación e incorporación social. El programa incluye las siguientes intervenciones:

- Información sobre recursos sociales.
- Apoyo para el acceso a gestión de prestaciones sociales.
- Tutela y apoyo a los procesos de integración social.
- Formación y entrenamiento en habilidades encaminadas a la reinserción (cursos, talleres, etc.).
- Derivación a recursos sociales y a centros y servicios de protección social.

El área social tiene unos objetivos definidos:

- Identificar la presencia de problemas familiares y sociales asociados al consumo de drogas y facilitar la atención de los mismos.
- Facilitar el acceso a los recursos sociales disponibles para la satisfacción de necesidades sociales básicas.
- Propiciar la superación de las carencias existentes a nivel educacional o en el ámbito de la formación profesional.
- Favorecer la capacitación profesional y la adquisición de competencias básicas para facilitar la inserción en el mercado laboral.
- Evitar el aislamiento social de los pacientes, fomentando las relaciones interpersonales y el establecimiento de redes sociales con personas no consumidoras de drogas.
- Apoyar la mejora de los niveles de integración familiar y social de los pacientes (disponibilidad de un núcleo de convivencia estable, mejora de las relaciones familiares y sociales, autosuficiencia económica soportada en actividades legales, etc.).
- Evitar la consolidación de situaciones de exclusión y /o marginación social.
- Favorecer la realización de actividades alternativas al consumo de drogas, facilitando la programación de las actividades a desarrollar en el tiempo de ocio, evitando aquellas situaciones que comporten riesgo de recaída en el consumo.

### **3. PARTE EMPIRICA:**

#### *3.1. Introducción*

La parte empírica está basada en mi propia experiencia personal puesto que realice las prácticas en el centro de atención al drogodependiente en la provincia de Soria. Las prácticas tuvieron una duración de 6 meses en las que mi contacto con la labor realizada en el centro fue profunda e instructiva familiarizándome con el trabajo realizado tanto por el trabajador social como el equipo multidisciplinar, y mi trato directo con los usuarios marcan el desarrollo de la parte empírica de este trabajo.

La investigación que vamos a realizar tiene como objetivo principal analizar las variables sociales que afectan al consumo de drogas y como afectan a cada individuo, la muestra está recogida del Centro de Atención a Drogodependientes de Cruz Roja Española en Soria (CAD), único centro de referencia en cada la provincia. La investigación se realiza durante los meses de enero a mayo del 2017. De los 36 individuos con los que íbamos a contar, finalmente solo podemos contar con 34, ya que 2 estaban trasladados temporalmente en nuestro centro y no se realizó ninguna intervención. Con la información que hemos sacado podremos realizar un análisis de las variables que afectan y como les afectan a las personas drogodependientes.

El centro donde se desarrolla la labor del equipo multidisciplinar con atención a la drogodependencia en la provincia de Soria está situado en los bajos de un edificio público perteneciente al ministerio de sanidad, cedido a la Cruz Roja Española en Soria, por ser esta la entidad que lleva todo el proceso de rehabilitación e inserción social de drogodependientes. El hecho de que tenga un acceso directo desde la calle facilita muchísimo la discreción y el funcionamiento del centro. Consta de una sola planta en la que están situados 5 despachos, pertenecientes a 2 trabajadores sociales, 2 psicólogas, y la sala destinada a tratamiento médico con médico y enfermero. Hay dos baños, uno para el personal que trabaja en el centro y otro destinado a los usuarios para la recogida de muestras que posteriormente son analizadas. También hay una sala donde se distribuye la metadona semanalmente (los viernes) repartidas en dosis diarias perfectamente señalizadas.

Los talleres y otras actividades dependientes de este centro realizadas por trabajadoras sociales y psicólogas y voluntarios de la entidad se llevan a cabo en el edificio propiedad de la Cruz Roja, situado en la calle Santa Clara, donde este organismo

dispone de espacio suficiente para ello. El espacio que ceden es una sala de usos múltiples perfectamente acondicionada para ello y con acceso a servicios como baños, cafetería, etc....

En este tratamiento intervienen varios profesionales, trabajadoras sociales que realizan la intervención social de los usuarios, el médico y enfermero que se encargan de la parte social y la psicóloga que realiza intervenciones individuales y familiares con los usuarios y talleres grupales para ir conociendo el estado en el que se encuentran. El tratamiento consiste en la estabilización física, mental y social del usuario.

A lo largo del tratamiento, se van cubriendo necesidades del paciente que ayuden a la estabilización y a mejorar su habilidad para relacionarse con los demás. Para ello, están los profesionales (equipo multidisciplinar) que les ayudan en cualquier momento. Ellos acuden al centro con cita previa, pero si en algún momento durante el tratamiento tiene alguna necesidad de consumir, solo tienen que levantar el teléfono y contar que les ocurre y ellos se encargan de solucionar el problema.

Lo más complicado del tratamiento es el proceso, ya que no todos los usuarios llevan el mismo ritmo, ni muestran el mismo interés y muchos de ellos van obligados lo que les provoca un rechazo hacia el centro y por supuesto a los profesionales que allí se encuentran. Con el tratamiento se intenta mejorar su calidad de vida y su relación familiar y social. En muchos casos es necesario que la familia acuda a reuniones con los usuarios, con la finalidad de que los profesionales les expliquen, por un lado, la situación por la que están atravesando los pacientes, puedan aprender a ayudar al paciente intentando entender la situación.

Antes de comenzar la investigación, es necesario conocer los protocolos que llevan a cabo cuando alguien nuevo acude al centro, como se procede en función de la vía de acceso de tratamiento.

En primer lugar, el consumo de drogas está caracterizado por el consumo abusivo de una sustancia que provoca una alteración en el sistema nervioso y en el comportamiento del individuo que la consume. Se utilizan unos baremos previamente estipulados.

En segundo lugar, las personas drogodependientes presentan ciertas dificultades: en el procesamiento sensorial, la inteligencia emocional, las relaciones interpersonales, y

sociales, etc..., estas dificultades generan problemas en el comportamiento con los demás, provocando el aislamiento social; limitan su participación en las actividades de la vida diaria.

En tercer lugar, las familias se encuentran bastantes preocupadas por este tema, pero también entienden que es decisión personal de su familiar salir de la situación que atraviesa. Son conscientes que es un proceso duro y largo que en ocasiones conlleva recaídas, que son necesarias para optimizar los resultados. Esta enfermedad es crónica y por tanto no pueden bajar la guardia nunca, ya que no es un problema que se cure con un medicamento, sino que necesitan fuerza de voluntad, apoyo familiar y comprensión por parte de los demás.

Los objetivos del trabajo en cuanto a la metodología se podían considerar primordiales porque pretendo con ello acercar la relación que existe entre el trabajador social y el usuario drogodependiente.

- Valorar la labor del trabajador social con drogodependientes.
- Analizar la situación de estas personas en un entorno definido.
- Evaluar los procedimientos, la metodología y los resultados de los programas de prevención aplicados.
- Comparar los datos obtenidos con las leyes en vigor de la dependencia.
- Aprender a través de la labor de trabajadores sociales con experiencia para iniciar mi labor profesional.

### *3.2. Metodología*

La investigación se basa principalmente en la recogida de datos de algunos de los usuarios. Para lo que he utilizado una metodología cualitativa y otra cuantitativa.

En la metodología cuantitativa hemos realizado una recogida de información de las historias clínicas de los pacientes que comenzaron el tratamiento entre los meses de enero a mayo de 2017.

La recogida de información se ha realizado de forma individual de cada historia clínica teniendo en cuenta las variables sociales que influyen en el usuario tanto a nivel social como familiar. Para la recogida de información se ha explicado a los usuarios que era un trabajo estadístico y que en ningún caso saldría a la luz ningún nombre y ninguna característica que pudiera reconocerles.

Para la metodología cualitativa vamos a utilizar toda la información que hemos conseguido ha sido por el periodo de prácticas realizado en el Centro de Atención a Drogodependientes de Cruz Roja Española en Soria (CAD). Durante este periodo se han llevado a cabo reuniones con los profesionales que allí trabajan y hemos prestado atención a los protocolos que tienen que utilizar en el momento que acude algún paciente nuevo al centro.

### *3.2.1. Sujetos/ Muestra*

La muestra queda configurada por 32 de las 34 personas que inicialmente intentábamos. Todos ellos muestran estabilidad en el tratamiento, estas personas tienen entre 20 y 80 años, todos ellos tienen problemas con las drogas, y pretenden realizar el tratamiento completo de manera exitosa.

Para comenzar la investigación, se realizó una muestra de los pacientes del centro y se ha concluido que la muestra elegida sea los pacientes que comenzaron el tratamiento en enero de 2017 hasta la finalización de las practicas. Se plantearon objetivos iniciales y se comenzó a determinar el número de sujetos y las características que estos debían tener para conseguir el máximo en los resultados del trabajo. Además, se les conto a los pacientes el proyecto y no dudaron en ningún momento en dejarnos sus datos para la investigación.

### *3.2.2. Material/ Instrumento*

Los instrumentos que hemos utilizado en la metodología cuantitativa ha sido una tabla con los datos de los pacientes y para analizar los resultados.

La tabla de los datos cuantitativos de los pacientes se compone de dieciocho datos personales, pero siempre guardando su anonimato, los principales datos son la edad, los estudios, el país, el lugar donde vive, el estado civil, el modo de convivencia, la vivienda en el último mes, la situación laboral y económica, si tienen certificado de discapacidad, la situación penal, vía de acceso al tratamiento, si han realizado tratamientos previos, si hay antecedentes familiares de consumo, la situación principal por la que se inicia el tratamiento, cual es la edad de inicio del consumo, la vía de administracion de la sustancia principal y el ultimo ítem que se utiliza es si existe consumo de otras sustancias en el último mes diferentes a la principal.

En la metodología cualitativa el instrumento utilizado son todas las reuniones tanto, individuales como colectivas. En las reuniones individuales se han tratado los temas que más preocupaban a los usuarios, como el trabajo en el caso de las personas desempleadas, o el tema familiar en las personas donde la relación está muy deteriorada.

En las reuniones colectivas se realizan por medio de talleres en los que enseñan relajación, a hacer currículos, a realizar una entrevista de trabajo, etc.... en estas reuniones se estudia la manera de relacionarse, su comportamiento, sus pensamientos, sus opiniones, su manera de empatizar con los demás, la forma en la que cuentan sus problemas, sus preocupaciones, etc.....

Tabla 1: variables sociales de sexo, edad, nacimiento, estado civil, convivencia, vivienda, estudios, situación laboral, situación económica, discapacidad, situación penal, acceso al tratamiento, tratamientos previos, antecedentes familiares, sustancia principal, edad de inicio, vía de administración y otras sustancias.

S E X O	E D A D	N A C I O N A L I D A D	E S T A D O  C I V I L	C O N V I V E N C I A	V I V I E N D A	E S T U D I O S	S I T.  L A B O R A L	S I T.  E C O N O M I C A	D I S C A P A C I D A D	S I T.  P E N A L	A C C E S O  T O.	T O S.  P R E V I O S	A N T.  F A M I L I A R E S	S U S T.  P R I N C I P A L	E D A D  I N I C I O	V Í A  D E  A D M O N.	O T R A S  S U S T S.
M	57	E	D	H	P	EGB	TA	E	No	SA	SSa	si	No	A	18	O	N
H	31	E	S	P	P	Grado Superior	DLD	TPD	no	LC	LCT	si	no	C	20	N	A
H	23	E	S	FO	P	ESO 1ª etapa	D	DF	Si	SA	IF	Si	No	Cn	16	F	T
H	25	E	S	FO	P	ESO	CT	E	Si	SA	IF	Si	No	L	21	MT	AT
H	67	F	D	EX – C	P	ESO 1ª etapa	J	JNN	No	SA	IP	Si	Si	A	14	O	N
M	55	E	S	S	P	ESO 2ª etapa	D	RMG	No	SA	AAPP	No	Si	A	17	O	T
H	60	E	S	S	P	ESO 2ª etapa	BL	E	No	JR	AAPP	Si	No	A	17	O	N
H	62	E	S	S	C	EPO	A	E	No	SA	SSa	No	No	L	21	MT	N
H	61	E	C	P	C	COU	TA	E	No	SA	IP	No	Si	A	18	O	N
H	38	E	S	FO	P	EGB	D	DF	No	2PJ	IA	No	No	Cn	16	F	Af-18 (CE). T
H	33	E	S	P	P	2º ESO finalizada	D	RGC	No	LC	IA	Si	Si	C	17	N	A-16-O / Af-17.N
H	33	B	C	P	P	2ºESO finalizado	A	D	No	CA	SM	Si	No	A	12	O	C-17-N
H	53	E	D	FO	P	ESO 2ª etapa	TA	E	No	SA	SSa	Si	No	A	16	O	N
H	36	E	S	FO	P	Grado Medio	TA	E	No	LC	IA	No	No	Af	25	N	A-14-O
H	34	E	C	PH	P	ESO	TA- CI	E	No	SA	AAPP	No	No	Cn	16	F	T
H	27	E	S	FO	P	PCPI	D	DF	No	CC	SSa	NO	Si	Cn	13	F	N
H	73	E	S	Hab	Hot	EPO	J	P	No	SA	SSa	Si	No	A	18	O	T
H	57	E	S	S	P	EGB	DLD	426€	Si	SA	AAPP	Si	Si	A	14	O	T
H	65	E	Se	S	P	Universidad	TA	DEU	No	SA	IP	Si	No	A	18	O	N
H	27	E	S	FO	P	PCPI	TA-CI	E	No	SA	AAPP	Si	No	L	17	MT	N
H	35	R	C	PH	P	ESO	TA	E	No	CC	MJ	No	Si	A	18	O	T
H	36	E	S	S	P	FPI COCINA	DLD	RMG	No	MA	MJ	Si	Si	Cn	14	F	Af
H	35	CR	S	S	P	EPO	I	RMG	No	MA	AAPP	No	Si	Cn	14	F	A-AF



H	54	E	C	PH	P	FPI ELECTRICIDAD	DCD	P	Si	CC	SSa	Si	Si	L	19-20	MT	N
H	44	E	S	FO	P	COU	TA-CI	E	No	SA	AAPP-IP	Si	No	A	15	O	N
H	46	R	S	S	HOT	Bachiller en Rumania	TA-CI	E	No	SA	IP	No	Si	L	34	MT	N
H	37	E	S	FO	P	3º ESO abandono	DLD	DF	No	SA	AAPP	Si	No	Af	13-14	N	Cn- 13 T
H	42	B	S	S	P	ESO 2ª etapa	DLD	RMG	No	SA	SSa	No	No	A	27	O	N
H	29	A	S	P	P	FP	TA	E	No	SA	IP	Si	Si	L	25	MT	N
H	53	E	D	H	P	FPI	DLD	RGC	No	CC	IA	Si	Si	A	14	O	N

### 3.2.3. *Procedimiento*

El primer paso para realizar esta investigación fue proponerle la idea inicial a mi tutora de prácticas, Esther Fernández Marín, directora del centro de atención a drogodependientes de Cruz Roja Española en la provincia de Soria, persona dedicada y entregada a la labor del trabajo social y a la que agradezco infinitamente su ayuda para, conseguir toda la información necesaria sobre drogodependencia y con su inestimable ayuda para que me organizara las ideas sobre el tema, ya que eran muchas y todas juntas eran un follón sin ningún argumento. Una vez que tenía las ideas claras comencé a elaborar los objetivos que quería que tuviera mi trabajo, para presentarle un informe útil a mi tutora para que ella me aconsejara sobre los distintos itinerarios por los que podría desarrollar el tfg. La verdad es que me lo pusieron muy fácil desde que propuse la primera idea. Cuando ya estaban las líneas claras, me puse en contacto con los usuarios, que iniciaron tratamiento en el tiempo que yo hice las prácticas, para explicarles mi idea y que ellos me dejaran utilizar sus datos de manera anónima, por supuesto, para de esta forma proteger su privacidad.

Tras conseguir que los usuarios me dejaran utilizar los datos, los fui colocando en la tabla y que de esta forma fueran datos tangibles, fáciles de utilizar y que se pudieran ver a golpe de vista y que las conclusiones fueran lo más prácticas y fáciles de entender.

Mientras yo realizaba la tabla en el centro, y llevando a cabo mi proyecto, seguíamos desarrollando diferentes actividades con los usuarios. Esta relación personal me aportó cosas muy positivas y gratificantes con todos y cada uno de los usuarios.

El proyecto que realizaba en ese momento tenía bastante relación con este trabajo, ya que me encargaba de la parte laboral y reinserción social de los usuarios que estaban capacitados para la búsqueda de un empleo. Fue una experiencia bastante placentera, ya que por un lado descubría las motivaciones que les impulsaban a consumir y aquellas con las que ellos se animaban para seguir obteniendo buenos resultados.

Gracias a las prácticas y a las personas con las que trate entendí que cuando estamos delante de alguien no nos damos cuenta de los miles de historias que pueden atravesar y que conseguir que ellos se abran y te tengan confianza es algo que se deben construir entre usuario- trabajador social. Es muy importante que la relación entre las dos partes sea lo más sincera posible de forma que ninguna de ellas tenga miedo a las represalias que puedan surgir en un momento de debilidad o agotamiento.

El análisis de los datos de la tabla nos permite establecer los resultados en función de los parámetros que hemos establecido y así el análisis sea más sintetizado.

El trabajador social debe proponer al usuario alternativas para paliar la necesidad de consumo. Estas alternativas son muy variadas: en los talleres sobre ocio y tiempo libre se les enseña a desviar su atención hacia acciones alternativas, con las que puedan llenar su tiempo libre y evitar en lo posible el deseo de consumir; es decir, se les enseña a desviar su atención hacia conductas que no sean nocivas para su salud.

Los talleres de relajación también les ayudan a controlar la adicción. En otros se les muestra cómo realizar un currículum, una carta de presentación o una entrevista de trabajo.

Además de trabajar con el usuario el trabajador social, debe prestar atención a las familias y apoyarlas en estas situaciones que son realmente duras. Y también, realiza reuniones informativas para dar a conocer el progreso del tratamiento, las actitudes del enfermo y así poder trabajar de forma global con el usuario desde todos los puntos de vista y recabando información desde distintos focos. La mayoría de las veces las reuniones se realizan de forma individual tanto con el usuario y las familias, solamente se realizan de forma colectiva los talleres.

### *3.3.Resultados*

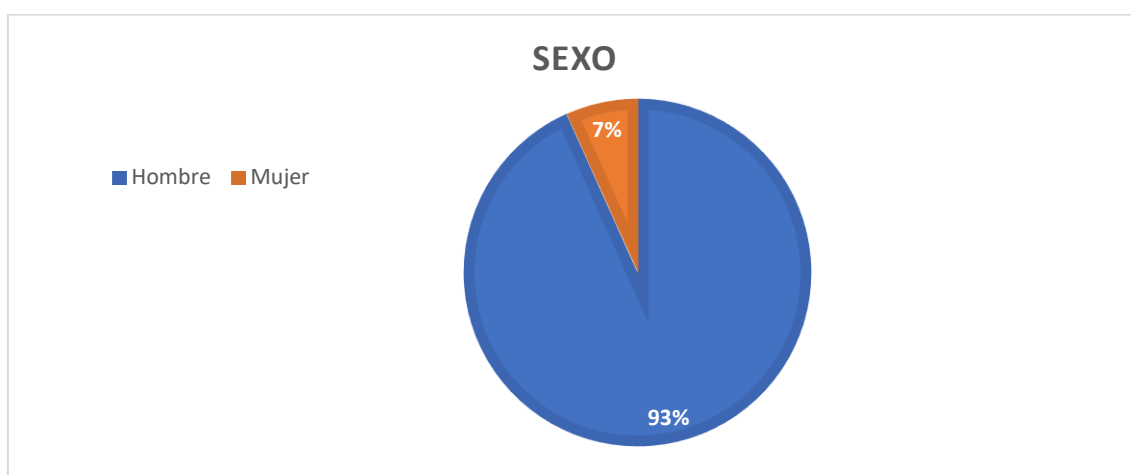
Los resultados generales que se han estudiado se sacan de la obtención de los datos a través de la metodología tanto cualitativa como cuantitativa.

Los resultados del análisis cuantitativo se dividen en varios apartados: 1. Sexo. 2. Edad, 3. Nacimiento, 4. Estado civil, 5. Convivencia, 6. Vivienda, 7. Estudios, 8. Situación Laboral, 9. Situación Económica, 10. Discapacidad, 11. Situación Penal, 12. Acceso a tratamiento, 13. Tratamientos previos, 14. Antecedentes familiares, 15. Sustancia principal, 16. Edad de inicio del consumo, 17. Vía de administración de las sustancias, 18. Otras sustancias de consumo.

Se presenta a 30 usuarios tratados en el centro de atención a drogodependientes de Cruz Roja Española en Soria.

### 3.3.1. Sexo

En la tabla anterior se puede apreciar una diferencia por genero realmente importante; un 7% son mujeres, no porque estas consuman menos, sino que, les cuesta más admitir tener problemas con las drogas, porque ser conscientes de ello conllevaría un juicio y rechazo social que no estarían dispuestas a asumir. Se sienten vulnerables y rechazan ser denigradas debido a la adicción, se juzgan así mismas más duramente de lo que lo hace la sociedad, y piensan que, ocultando el problema, deja de existir.



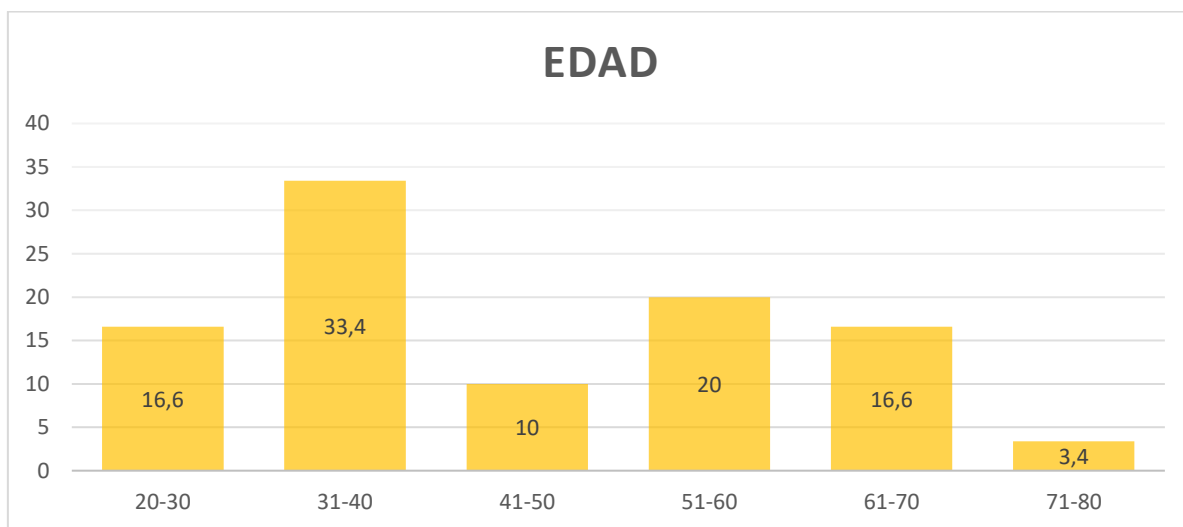
Fuente: Elaboración propia.

### 3.3.2. Edad actual de los usuarios, edad de inicio en el consumo y la relación.

Otro dato relativo en este estudio es la edad, ya que la mayoría son personas muy jóvenes que comenzaron muy pronto a consumir sustancias estupefacientes, vamos a ver la comparativa entre la edad actual de los usuarios y la edad de inicio de consumo.

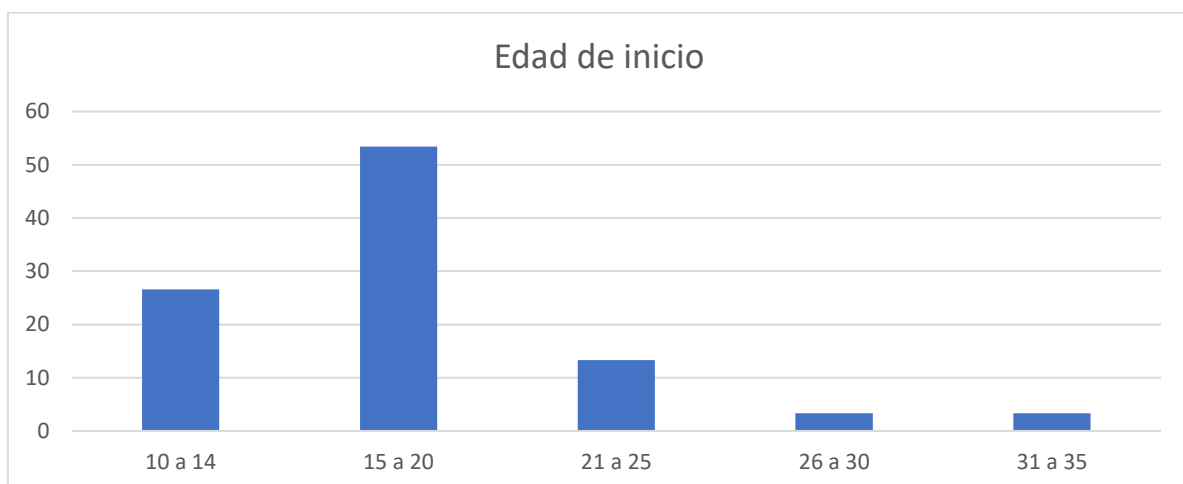
La mayoría de los usuarios comenzaron el consumo en la adolescencia. A partir de una situación política, económica y social más favorable que permitía el acceso a las sustancias que generaban adicción, las drogas hicieron su entrada en el ámbito social e hicieron mella en determinados individuos de todas las clases sociales, incluso se llegó a poner de moda su consumo. Una vez arraigada en la sociedad y en determinadas personas la adicción no hizo más que extenderse, lo que ahora consideramos personas adultas o en la franja de los 50-60 años comenzaron en su juventud o adolescencia. Por otro lado, no hay muchos mayores de esa edad que se declaren consumidores y quieran rehabilitarse.

Gráfica 2: Edad actual de los usuarios.



Fuente: Elaboración propia

Gráfica 3: Edad de inicio de los usuarios en el consumo.



Fuente: Elaboración propia.

En estos gráficos se puede comprobar que los pacientes son muy jóvenes y por lo tanto la edad de inicio del consumo es muy temprana, lo cual no se recomienda, ya que cuanto antes se comienza a consumir mayores serán las secuelas que los usuarios puedan tener y en algunos casos, pueden llegar a ser irreparables. El consumo durante los años de 10 y los 24 es muy peligroso ya que el sistema nervioso y el cerebro no están bien formados por tanto las secuelas son más graves. Se determina que a partir de los 25 el cuerpo y el cerebro están perfectamente formados y desarrollan plenamente todas las funciones.

### 3.3.3. Nacionalidad.

Gráfica 4: Nacionalidad.



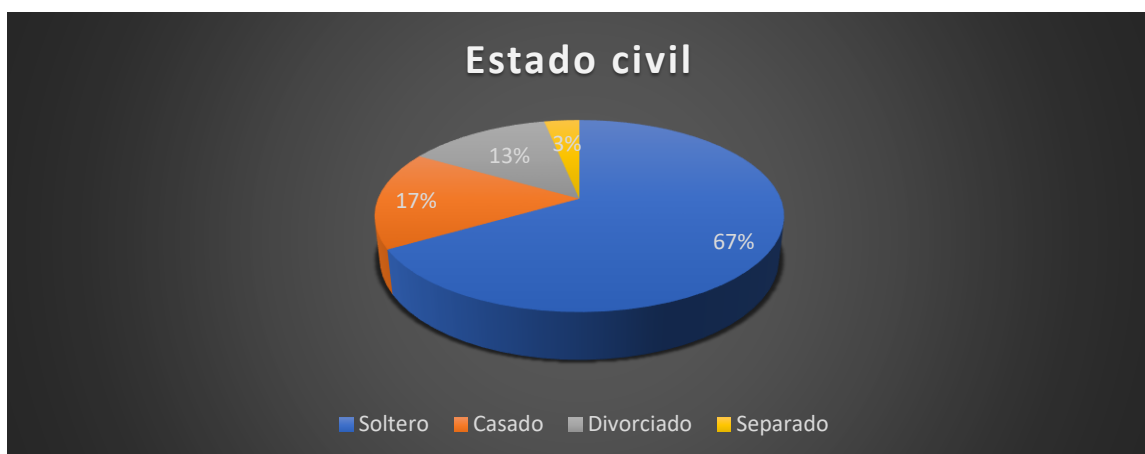
Fuente: Elaboración propia.

El lugar de procedencia de los usuarios por si por algún motivo ellos quieren regresar a su lugar de origen para pasar junto a sus familias el periodo de rehabilitación, para sentirse así más respaldados. Es necesario llevar un control para poder ayudarlos en caso de que ellos lo soliciten.

Mas del 75% de los usuarios son de origen español, y solo un 24 % son extranjeros, lo que indica que estas personas todavía no tienen acceso a centros de rehabilitación, bien por desconocimiento o por carecer de documentos que les permitan el acceso a estos centros

### 3.3.4. Estado civil, convivencia y vivienda.

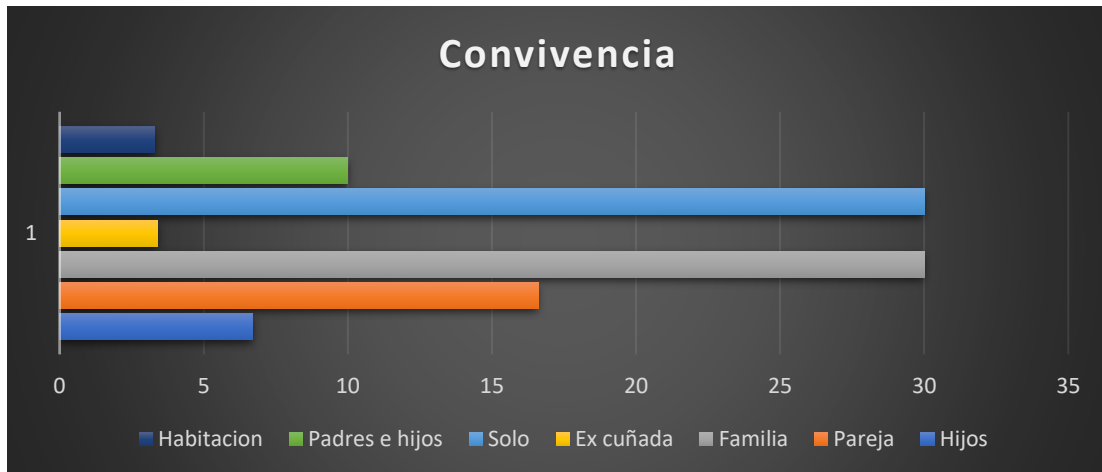
Gráfica 5: Estado civil.



Fuente: Elaboración propia.

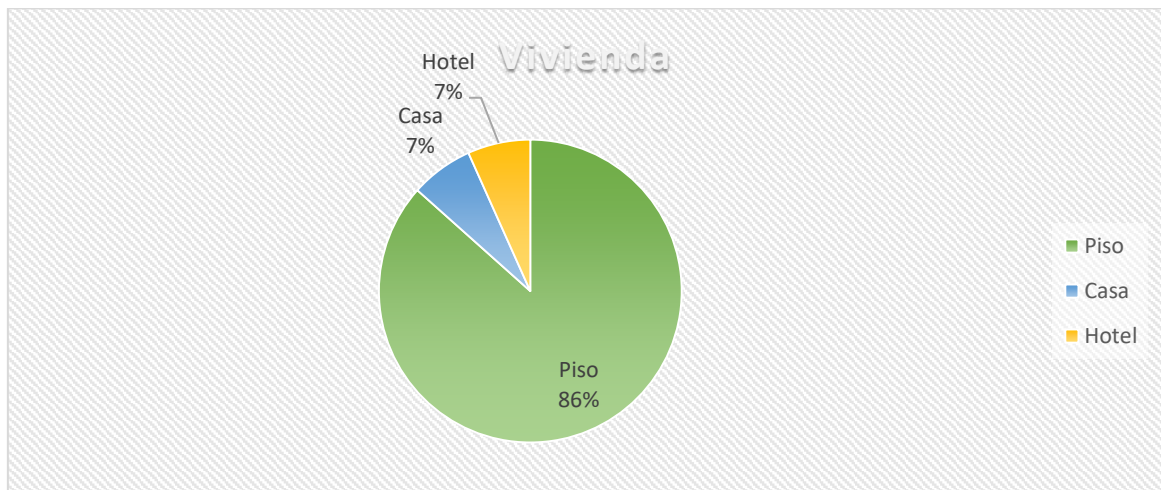
El estado civil es algo importante en la historia clínica ya que durante el tratamiento se trabaja tanto con el paciente como con los familiares que lo deseen. De igual forma, es necesario saber si el paciente nos autoriza a dar información de los avances del tratamiento a los familiares, se debe tener en cuenta, que solo se podrá dar información a los familiares que autorice.

Gráfica 6: Convivencia.



Fuente: Elaboración propia.

Gráfica 7: Vivienda.



Fuente: Elaboración propia.

El centro pertenece a la Cruz Roja Española en Soria y por tanto se pide saber dónde se alojan los pacientes por si en algún paciente se encuentra desamparado y así desde la cruz roja se le busca alojamiento y comida durante el tratamiento.

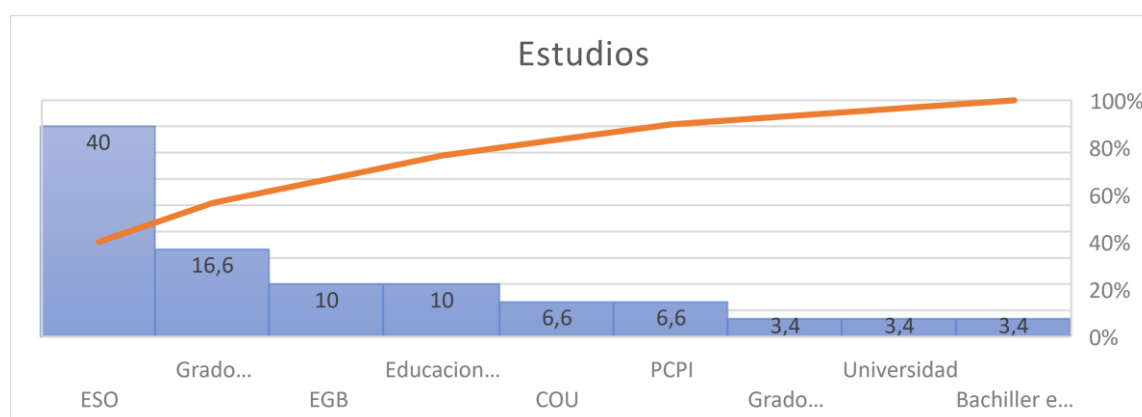
La situación personal de los usuarios es variable tanto en su estado civil en el que predominan los solteros, un 67%, si añadimos a esto las personas separadas o en tramites un 16% más, frente a un 17% que vive en familia, esto nos indica lo difícil que resulta convivir con una persona con este tipo de adicción.

Un 10% de estas personas vive generalmente en un piso compartido con varias generaciones de la misma familia, un 17% vive con la pareja, un 30 % vive solo y existe un caso totalmente atípico en el que una excuñada se ha hecho cargo de un usuario.

La mayoría de estas personas viven en pisos ya que vivir en un hotel, resulta caro y las casas individuales también. Además, en una ciudad lo habitual es vivir en un piso.

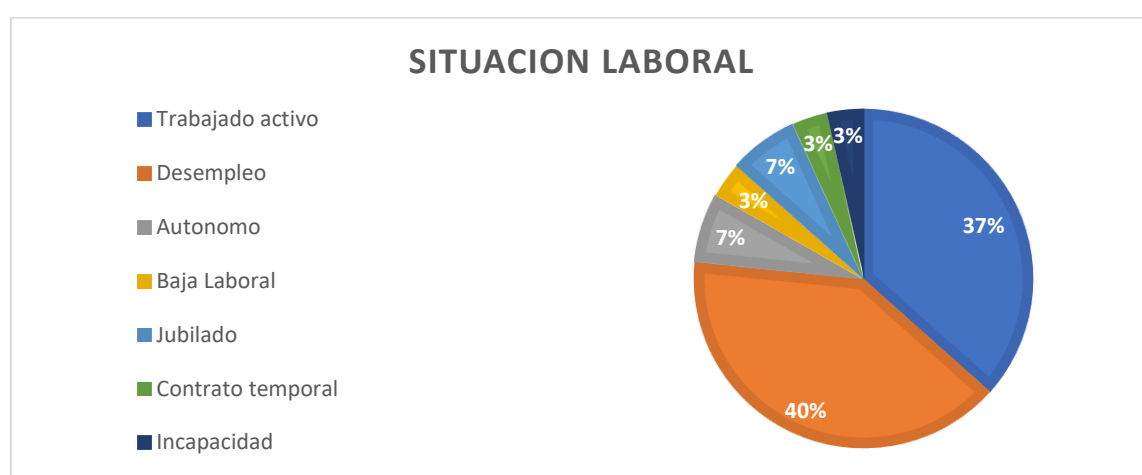
### 3.3.5. Los estudios, la situación laboral de los usuarios y la situación económica

Gráfica 8: Estudios.



Fuente: Elaboración propia

Gráfica 9: Situación laboral.



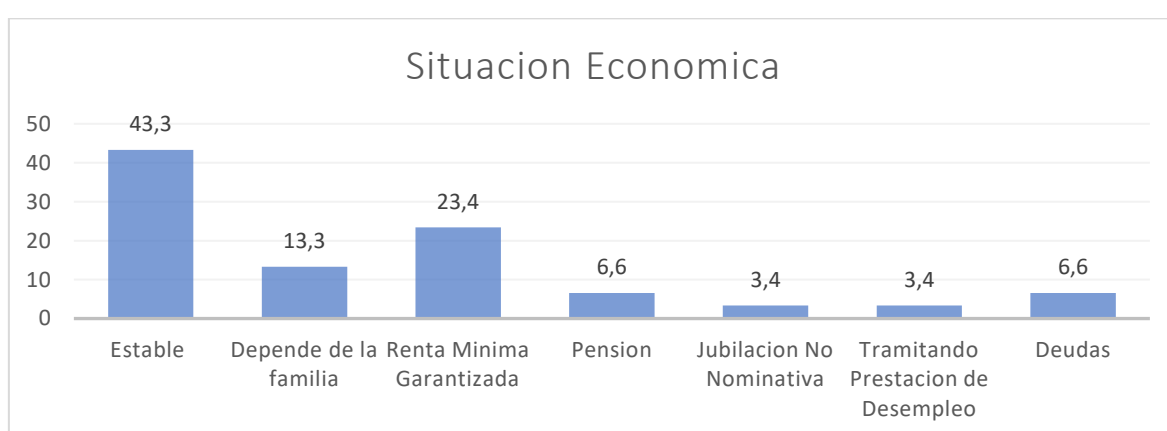
Fuente: Elaboración propia.



En algunos casos, solo en los pacientes con tratamiento avanzado, se realiza una prueba psicológica para conocer si es posible que se incorporen un trabajo remunerado. En los casos en los que el psicólogo lo determine se podrá comenzar con la búsqueda de empleo y la preparación a las entrevistas de trabajo.

Un 40% de los usuarios está desempleado, muchas veces debido a su incapacidad para realizar trabajo alguno debido a su adicción. Un 47% mantiene su trabajo a la vez que la adicción, el resto de los usuarios pertenece a la población pasiva, no puede o no esta en edad de trabajar (enfermos, jubilados, discapacitados...).

Gráfica 10: Situación económica.



Fuente: Elaboración propia.

Un 43% de los usuarios tiene una situación económica estable, corresponde a aquellos que mantienen su empleo, el resto depende o bien de su familia, o de ingresos estatales, pensiones, jubilación, rentas mínimas.... Lo que quiere decir que necesitan ayuda social para sobrevivir.

### 3.3.6. Discapacidad.

Gráfica 11: Discapacidad.

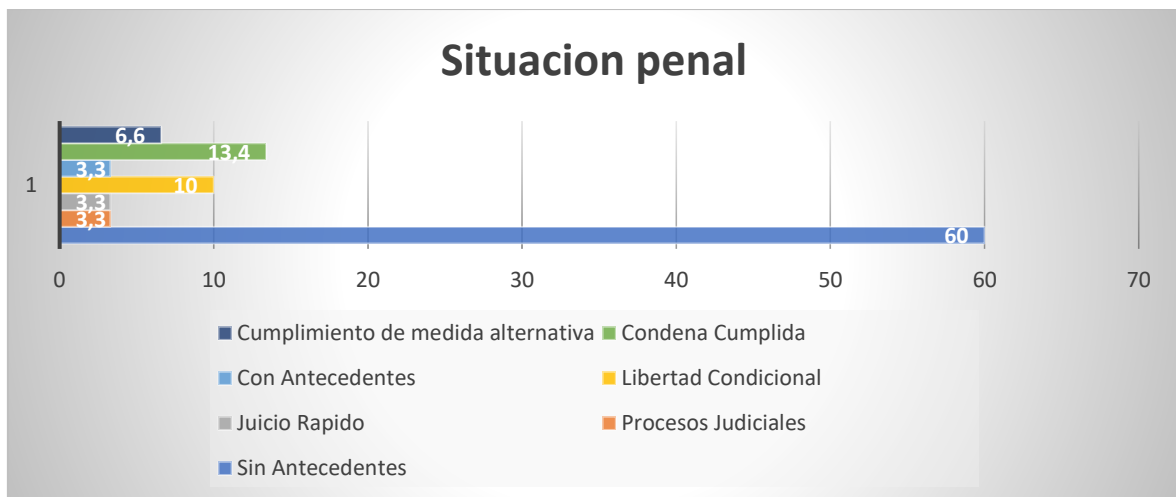


Fuente: Elaboración propia.

La discapacidad física y mental puede generar frustración en los individuos que estos pretende minimizar recurriendo al consumo de sustancias adictivas. Este es el caso del 13% representado en la gráfica.

### 3.3.7. Situación penal.

Gráfica 12: Situación penal.



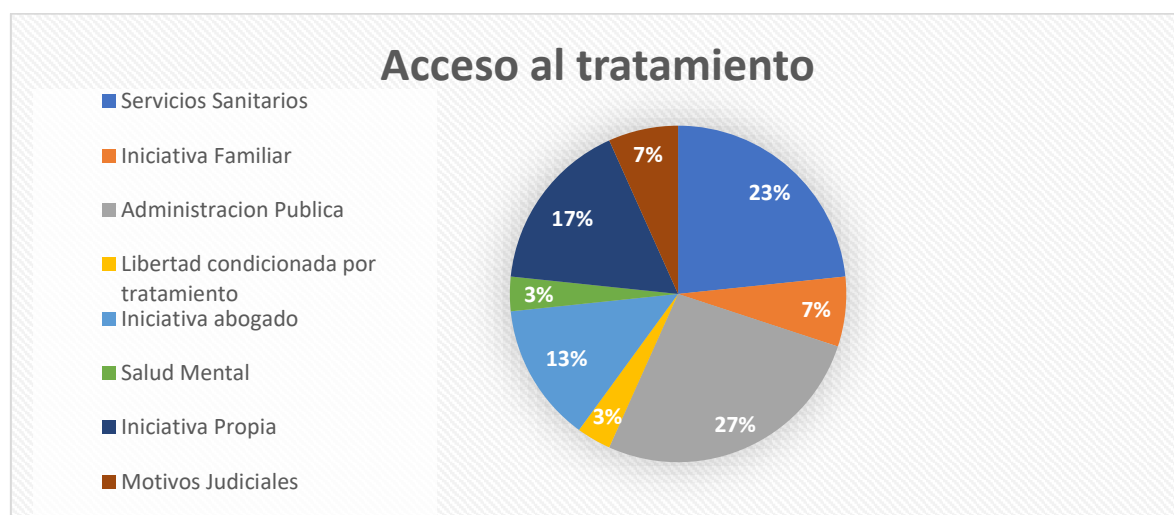
Fuente: Elaboración propia.

En algunos casos, los usuarios acuden al centro a recibir tratamiento sin necesitarlo, para así librarse del centro penitenciario, acuden de mano de su abogado que les instruye en el comportamiento que deben mostrar para evitar la condena (7%).

Sin embargo, un 60% no tiene antecedentes penales, el otro 33% está en diversas fases del proceso penal. Muchas veces derivado de su adicción.

### 3.3.8. Acceso al tratamiento, tratamientos previos, antecedentes familiares, sustancia principal de consumo, vía de administración de consumo de las sustancias y otras sustancias diferentes a la principal.

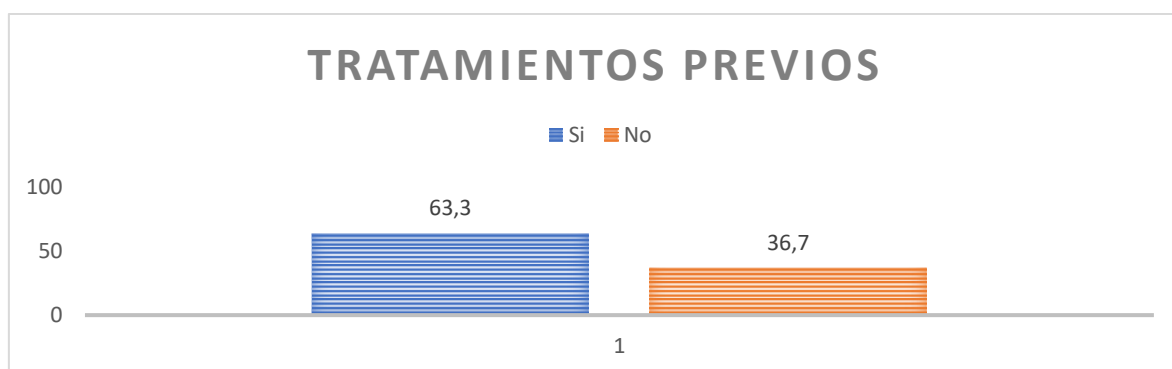
Gráfica 13: Acceso al tratamiento.



Fuente: Elaboración propia.

Algunos usuarios acuden al centro a iniciar tratamiento de forma voluntaria lo que implica que asumen sus problemas y que quieren solucionarlo, sin embargo, la dureza del tratamiento hace que muchos desistan y abandonen el centro y por eso son frecuentes las recaídas. El tratamiento dura 2 años aproximadamente, en este tiempo existen periodos de recaída, ya que ellos mismos se plantean si merece la pena sufrir tanto para superar la adicción, y si serán capaces de mantenerse sin consumir a largo plazo debido a la ansiedad que sufren.

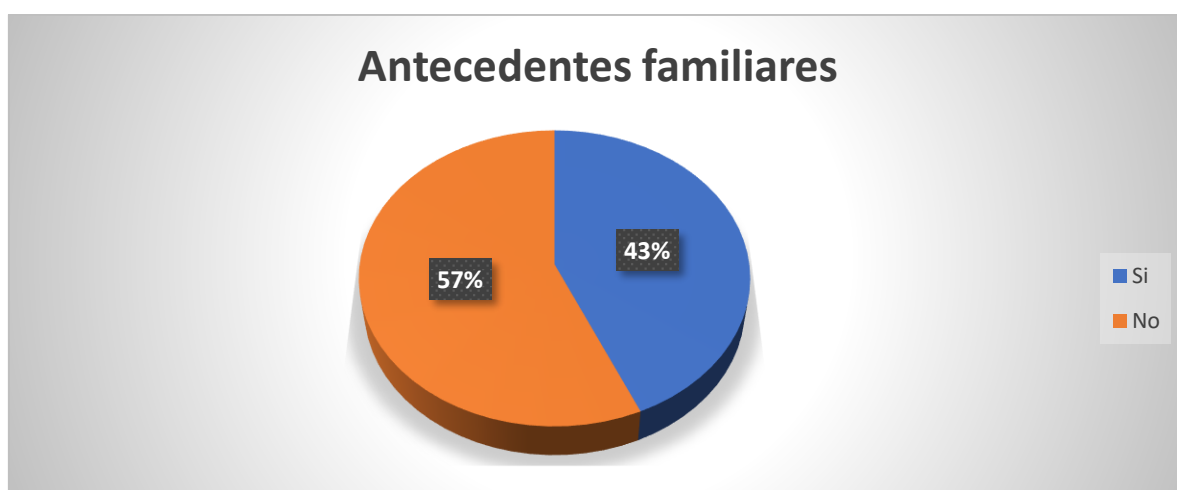
Gráfica 14: Tratamientos previos.



Fuente: Elaboración propia.

Los tratamientos previos se piden para saber si se ha sometido con anterioridad a otros procesos de reinserción social, si estos han funcionado, cuanto tiempo estuvo el usuario sujeto a ellos, y que resultados obtuvo.

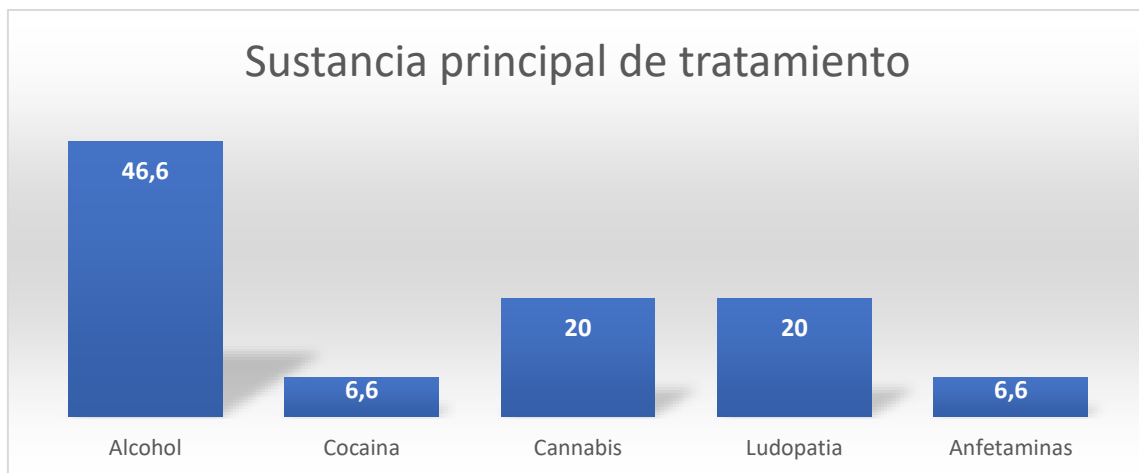
Gráfico 15: Antecedentes familiares.



Fuente: Elaboración propia.

En la mitad de los casos, los pacientes no tienen ningún antecedente familiar en su árbol genealógico, lo cual ayuda a que el tratamiento sea favorable porque la familia les apoya. En los casos que existen antecedentes familiares, es más complicado que el tratamiento finalice, ya que es algo que ven como normal, padecer una adicción.

Gráfico 16: Sustancia principal de tratamiento.

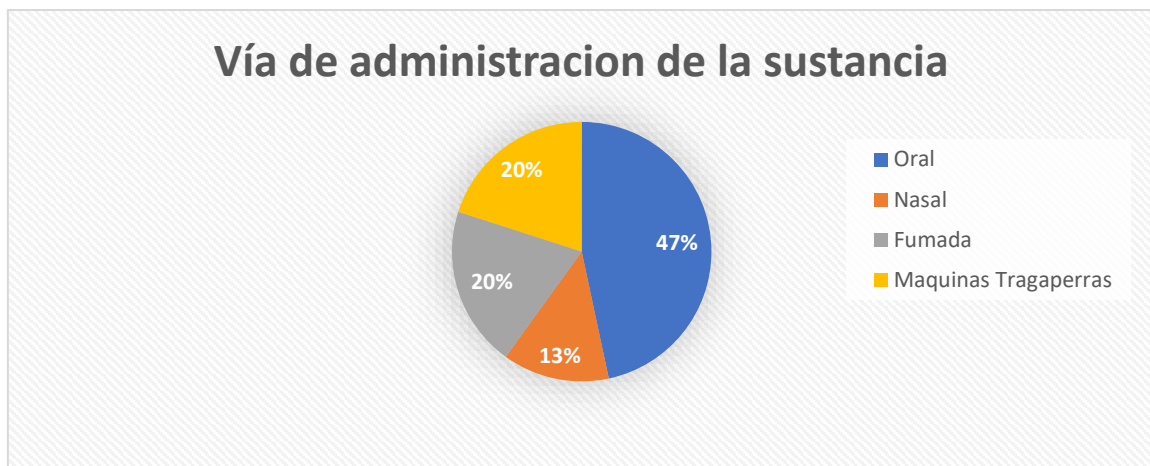


Fuente: Elaboración propia.

En la tabla queda claro que existe una variable que incide directamente en el tipo de sustancia que crea la adicción: la edad. Las personas mayores de 40 años son adictas al alcohol, mientras que los menores de esa edad presentan una clara tendencia al consumo de cannabis, cocaína, anfetaminas y drogas de diseño. Hay que tener en cuenta la población envejecida de la provincia para entender esta gráfica. Dos de las adicciones predominantes corresponden a las clásicas que han perdurado en el tiempo, mientras que las otras cocaína, anfetaminas y cannabis son lo que socialmente se reconoce como “drogas”. Sin embargo, el trabajador social debe atender tanto unas adicciones como otras.

La ludopatía es otra adicción que se presenta en jóvenes un 20%, generalmente son máquinas tragaperras, bingo y póker, debido a que Soria es una ciudad muy pequeña en la que existen muchos locales donde jugar o practicar esta adicción tanto de forma presencial. Estos usuarios también suelen jugar de forma online.

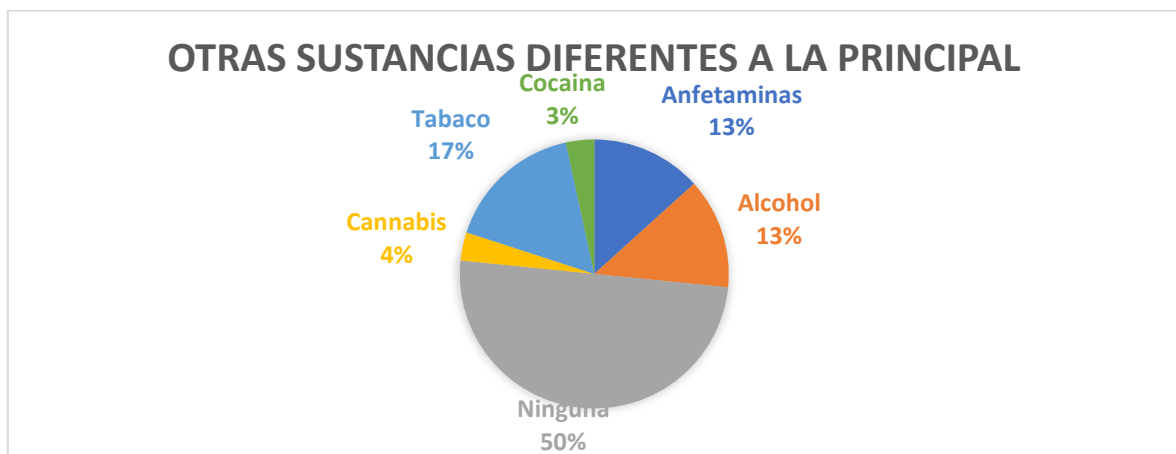
Gráfico 17: Vía de administración de la sustancia.



Fuente: Elaboración propia.

Excepto la ludopatía que evidentemente procede de agentes exteriores: salas de juego, casinos, casinos online, etc..... Las otras adicciones penetran en el organismo humano a través de los sentidos, generalmente y en estos casos a través de la nariz y la boca, por lo tanto, se podría considerar que son las vías de acceso tradicionales y más utilizadas. Ninguno de los usuarios de este estudio recurría el consumo intravenoso o intramuscular.

Gráfico 18: Otras sustancias diferentes a la principal.



Fuente: Elaboración propia.

De los 30 usuarios en estudio la mitad son consumidores de un solo tipo de estupefacientes, sin embargo, el resto tienen adicciones múltiples especificadas en la gráfica, debido a que una vez establecido el consumo habitual este deja de afectarles como al principio y para potenciar los efectos que se han aminorado con el paso del tiempo

recurren a otras drogas, como la cocaína, el alcohol, las anfetaminas.... Esto dificulta mucho la labor del trabajador social porque su mayor preocupación consiste en buscar sustitutos inicuos que minimicen el efecto de ansiedad producido por dejar el consumo.

### **3.4.Discusión y conclusiones**

La labor del trabajador en un centro de atención a drogodependientes es muy compleja y necesita la ayuda del equipo multidisciplinar.

La provincia de Soria es una zona despoblada hay menos de 70-90 habitantes por kilómetro cuadrado, con tan baja densidad de población también se reduce el número de drogodependientes, sin embargo, es necesario un centro de atención para aquellos que lo necesiten por, aunque hay pocos los hay.

El tratamiento aplicado depende directamente de las necesidades de los usuarios y el resultado de los mismos de la implicación de estas personas en su rehabilitación, es decir, si las personas implicadas cumplen todas las pautas impuestas por el equipo multidisciplinar de los centros de atención ambulatoria, los objetivos pueden conseguir en un plazo aproximado de entre nueve meses y dos años, contando con recaídas que son ineludibles en todo proceso rehabilitador, es un proceso muy duro marcado por la permanencia en el ambiente que les condujo a la adicción y por la debilidad personal al enfrentarse a un proceso tan duro. Si a esto añadimos la situación personal y familiar de cada uno se puede valorar el complejo proceso rehabilitador.

En la provincia de Soria solo un 7% de los drogodependientes son mujeres, no porque consuman menos sino porque tardan más en admitir la adicción y tienden a ocultar su problema.

La mayor parte de las personas comienzan las adicciones en la adolescencia, un periodo problemático en el que el consumo de sustancias que generan adicción esta relacionado con la necesidad de adaptarse a la sociedad. A pesar de que, en el grupo de los treinta y dos usuarios analizados, la mayor parte de ellas comenzaron sus adicciones en la adolescencia y muchos las han mantenido a lo largo de su vida.

Entre todos los drogodependientes el 76,6% son de nacionalidad española, frente al 23,4% que tiene procedencia extranjera. Este dato es relevante porque en la provincia de Soria apenas hay inmigración si se compara con otras áreas de la geografía española debido sobre todo a la escasez de ofertas de trabajo.

El 67% de los drogodependientes que acuden al CAD esta soltero, el 13% divorciado y el 3% separado, lo que indica la dificultad de las personas adictas a mantener una relación afectiva estable. Solo el 17% están casados. Esta situación emocional afecta directamente a su recuperación.

La convivencia de estas personas ha creado situaciones afectivas disfuncionales muchas personas viven solas, bien en su casa o en un piso. El 7% viven solos en una habitación algunos viven en un hogar familiar compartido por tres generaciones abuelos, padres e hijos, otros viven solos, en pareja o con sus hijos tras una separación o divorcio. Solo hay una que tiene como persona de referencia a su ex – cuñada. Por otro lado se puede apreciar que el 86% de las personas atendidas dado el poco número de casas unifamiliares existentes.

Las personas analizadas poseen un nivel medio en el sistema educativo, es decir, el 80% no ha superado los ciclos medios educativos, primaria, secundaria, PCPI, solamente un 6,8% de los afectados ha cursado estudios superiores. Esto indica que la personas con menos preparación educativa son las que presentan mayor índice de adicción, pero sin excluir a los que han cursado estudios superiores que, en menor porcentaje, pero también han caído en la adicción, quizá estos estén más preparados para asumir la necesidad de ayuda.

En relación con los estudios se puede analizar la situación laboral, un 47% está trabajando a la vez que sigue el programa para superar su adicción, lo que quiere decir que el 53% no trabaja, por consiguiente, dependen de sus familias o del estado para sobrevivir y teniendo en cuenta que solamente hay un 7% de jubilados hay un 46% de personas que necesitan ser reincorporadas como miembros activos de la sociedad.

La situación económica de los drogodependientes está íntimamente relacionada con su situación laboral, la mayoría de ellos tiene una situación estable o bien porque tienen trabajo, personas que se ocupan de ellos, rentas mínimas garantizadas, pensiones de jubilación, etc. Un 6,8% no recibe prestación alguna y un 6,6% tiene deudas personales que nada tienen que ver con las adicciones.

De todo esto se deduce que las personas drogodependientes no disfrutan de una situación económica desahogada, considerando que llegan a esta situación a causa de la adicción que padecen.



El 87% de estas personas no posee discapacidad alguna y respecto a la totalidad de los usuarios la tiene concedida por su adicción a las drogas. Parece ser que son dos valores independientes la discapacidad y la adicción a las drogas.

No ocurre lo mismo con la situación penal de los individuos de la muestra, el 60% no tiene antecedentes, pero el resto está en una situación penal de distintos niveles. Algunos de los usuarios se han acogido al proceso de desintoxicación como medida alternativa a la condena, es decir, eligen desintoxicarse para no entrar a la cárcel, aunque en algunos casos acuden por consejo del abogado. El resto de las personas estudiadas está en diversas situaciones penales muchas veces derivadas del consumo y de la conducta que provoca el consumo. Aquí se puede apreciar una de las consecuencias del consumo de sustancias adictivas que ha llevado al 40% de estas personas a un enfrentamiento con la ley.

El acceso al tratamiento se produce por diversas causas, sin embargo, la iniciativa propia no es la que destaca, porque solo hay un 17% que acude por este motivo, sin embargo, hay un 23% que acude por motivos judiciales, consejo del abogado, etc.... La Administración pública y el sistema sanitario español son los cauces más habituales para tener acceso al tratamiento lo que indica que los servicios sociales en nuestro país, en nuestra comunidad autónoma funcionan y son los responsables de que estas personas tengan acceso a profesionales que les ayuden a superar las adicciones aunque es un proceso largo y con alto índice de abandono como se puede ver en la gráfica de tratamiento previos un 66% de las personas estudiadas se ha sometido a tratamientos previos que han fracasado, lo que indica que todavía se puede mejorar el sistema para garantizar la reinserción de estas personas. Los antecedentes familiares también juegan un papel importante en el proceso de reinserción porque si hay un 43% de estas personas que conviven diariamente con personas con el mismo problema, lo que se denomina antecedentes familiares, el proceso es mucho más duro y con más posibilidades de recaída ya que el entorno familiar es proclive a ello.

Las sustancias principales de tratamiento en esta muestra son el alcohol con un 46,6% y le siguen el cannabis y la ludopatía con un 20% cada uno, en menor medida se consume cocaína y anfetaminas, quizá el alcohol como droga legal permita una adicción mayor que el resto que son drogas ilegales, sin embargo, hay que admitir que el 53,4% no son alcohólicos sino que se reparten entre las otras adicciones, el alcohol es una adicción clásica, histórica y socialmente permitida; son las personas de más edad y las mujeres las

que tienen esta adicción. La vía de administración de esta sustancia corresponde a las sustancias descritas, el alcohol por vía oral, por la nasal la cocaína, la marihuana fumada, etc.... lo que quiere decir que la vía de administración depende de la sustancia consumida. Pero esta persona a veces no se limita solo al consumo de estas sustancias a veces son dos o tres las sustancias que añaden a la principal, bien para potenciar sus efectos o bien para integrarse socialmente en un grupo o para buscar sustitutos, sin embargo, lo que hacen es consumir varias sustancias adictivas que poco a poco van minando tanto su salud física como mental.

A través de todas estas graficas nos hemos adentrado en la situación personal y social de un grupo de personas que reciben tratamiento ambulatorio en el centro de atención a drogodependientes de la provincia de Soria, todas las variables están relacionadas de forma directa o indirecta y a veces son causa y consecuencia de la situación de estos drogodependientes, por lo que es necesario valorar su situación personal para prestarles la ayuda necesaria a través del equipo multidisciplinar del que forma parte el trabajador social.

#### **4. CONCLUSIONES:**

Las conclusiones presentadas están relacionadas con los objetivos planteados, sin embargo el proceso de rehabilitación y reinserción social es muy largo, 9 meses aproximadamente, siempre que el usuario acuda a las citas con el equipo multidisciplinar, siga el tratamiento pautado y no haya recaídas. Sin embargo, esto ocurre muy pocas veces, porque el usuario cuando no está en el centro está en contacto con el ámbito social que le permitió caer en su adicción y es la causa de posibles recaídas. Por lo tanto, los objetivos se tienen que evaluar a largo plazo y aquí solo presentamos el proyecto y la metodología que se sigue para su rehabilitación y reinserción en todos los ámbitos de una vida alejada de la adicción.

No todas las personas consiguen rehabilitarse, a pesar de los esfuerzos del equipo multidisciplinar, sería necesario poner más medios y cambiar de política para obtener mejores resultados.

Las conclusiones están basadas más en la metodología a seguir que en los objetivos conseguidos. En algunos casos las familias presentan un soporte importante para los drogodependientes, sin embargo, hay muchas de estas personas que solo cuentan con el apoyo del equipo multidisciplinar para rehabilitarse lo que hace que el proceso sea más difícil y costoso.

La sociedad rechaza generalmente a estas personas porque representan un espectro social marginado del que no quieren responsabilizarse. Para justificar este olvido crean los centros de atención a drogodependientes en los que trabajan los equipos multidisciplinarios. Por lo tanto, es necesario que la sociedad en general sea consciente de este problema y que ponga en marcha leyes y presupuestos suficientes para ayudar a la integración de estos individuos, pero sobre todo para la prevención de adicciones tan destructivas como las drogas.

Son importantes los programas educativos que incluyan la prevención en todas las etapas educativas, programas realistas, adecuados a la edad a la que se imparten y con unos objetivos claramente definidos como es el evitar el consumo de sustancias estupefacientes relacionadas con el ocio.

Es interesante ampliar estos programas educativos a las familias en general, porque es el ámbito en el que se mueven los niños y adolescentes y que es definitivo en su educación.

La labor del trabajador social es cada vez más importante y determinante en nuestra sociedad, puesto que la reinserción de personas que, en un determinado momento de su vida, han presentado o presentan una sintomatología adictiva, necesitan profesionales que les ayuden en la superación de sus problemas. Los equipos multidisciplinarios son el pilar en el que se basa una estructura regenerativa intentando recuperar a individuos que superadas sus adicciones son perfectamente válidos en el entramado social. La labor de estos profesionales es poco valorada en el conjunto de la sociedad, porque existe un desconocimiento total y absoluto de cuáles son sus tareas y de la importancia de su trabajo.

El trabajo realizado por estos profesionales que generalmente queda en la sombra frente a las grandes operaciones antidroga que se están realizando últimamente en la bahía de Algeciras, la labor de las fuerzas del orden frente al negocio de la droga poniendo incluso sus vidas en peligro. Esto es lo que la gente ve, pero queda en la oscuridad otro trabajo menos valorado, menos expuesto a los medios de comunicación y menos escenificado que es el trabajo realizado en un centro médico o en cualquier otro centro de atención a drogodependientes. La labor realizada por los trabajadores sociales, psicólogos y médicos esta menos expuesta a la opinión pública, su trato directo con el drogodependiente, víctima de las grandes mafias de la droga y del rentable negocio del narcotráfico, es un trato personal, directo, es el último eslabón de la cadena, el más débil, el que no genera dinero, sino que lo consume, el que destruye al individuo, a la familia y a la sociedad y entre estos factores se mueve el trabajador social, cuya labor está sujeta a individuos con grandes problemas físicos y psicológicos y cuya relación personal con el trabajador social no solo es directa sino que a veces es tremendamente difícil. Los drogodependientes son individuos a los que la sociedad margina, considera débiles y muchas veces poco merecedores de los esfuerzos que hace la sociedad por ellos. Es la sociedad la que pone a disposición de estos usuarios a equipos multidisciplinarios con profesionales destinados a ayudarles, cuya labor es difícil, desagradecida no solo por parte del usuario sino también por parte de la sociedad que da por perdidos a los individuos que son adictos.

Las leyes contra la droga son totalmente insuficientes porque si intentan erradicar el negocio en una zona, el negocio se traslada a otra. El negocio del narcotráfico es tan lucrativo que parece estar por encima de las leyes que se declaran muchas veces inoperantes y alejadas de la realidad porque son incapaces de acabar con el problema. Los fondos que los países destinan para luchar contra el narcotráfico son totalmente insuficientes para erradicarlos, sería necesario cambiar las leyes y dotar de mayor presupuesto a las fuerzas del orden para acabar con el negocio de la droga.

De esta manera el trabajador social podría destinar más recursos a otras áreas en las que también es necesaria su labor, porque no solo se dedica a tratar con drogodependientes, sino que su función social puede estar dedicada a otros sectores sociales que necesitan atención urgente, por ejemplo, la lucha con el machismo, la atención a los niños con problemas, familias desestructuradas, maltrato infantil, acoso escolar, abandono de mayores....

Como se puede apreciar los sectores en los que el trabajador social puede realizar su vida profesional son múltiples, variados y siempre conflictivos porque trabajan con los individuos más vulnerables.

Todo esto nos lleva a darnos cuenta de la importante labor que realiza el trabajador social, de la dificultad para llevarla a cabo, de lo ingrato que puede ser el resultado de un trabajo extenuante y largo, de una lucha sin cuartel contra una lacra social en la que muchas veces no se consigue el objetivo propuesto porque no depende de la labor del trabajador social sino del empeño que pone el usuario en rehabilitarse.

Como trabajador social el mundo de las adicciones me parece un campo laboral complejo porque es necesario que el trabajador social conozca mucha información previa sobre las causas y efectos que provocan las adicciones, también debe conocer las leyes relacionadas con la materia y las prestaciones sociales de las que pueden disponer para ayudar al usuario. Existe una parte teórica en su trabajo que le ayuda a incidir en las ayudas individuales que presta a estas personas, por eso es necesario que todas las personas que se dediquen al trabajo social estén bien preparadas y tengan características personales que les ayuden a desarrollarlo.

## 5. BIBLIOGRAFIA:

- APTA Salud. Prevención y tratamiento de las adicciones. *Clasificación de Drogas* <http://bit.ly/1sfQvsa>
- Arbex S., Mora R., Moreno, A. (2002). *Guía de intervención: Menores y consumos de drogas. Plan Nacional contra las drogas*. Ayuntamiento de Madrid.
- Ayuntamiento de Soria (2017). *El plan municipal sobre drogas*. [www.soria.es/sites/default/files/public/ordenanzas/no-fiscal/...](http://www.soria.es/sites/default/files/public/ordenanzas/no-fiscal/...)
- Bernat Soria Escoms (2013). *Guía sobre drogas de la Delegación del gobierno, ministerio de sanidad y consumo*. Secretaria de sanidad y consumo.
- Caudevilla G., Fernando (2008): *Drogas: Conceptos generales, epidemiología y valoración del consumo* <http://bit.ly/1tHE5Ob>
- Delegación del Plan Nacional sobre Drogas (1996): *Convenio sobre sustancias psicotrópicas Viena, 21 de febrero de 1971* <http://bit.ly/1vTDntK>
- Diputación Provincial sobre drogas (2016). *El plan provincial sobre drogas*. <http://www.dipsoria.es/areas-diputacion/servicios-sociales/planes>
- Fundación La Caixa (2018). *Coloquio sobre el conocimiento de las drogas en los menores de 16 años*. [www.soria.es/actualidad/hablemos-de-drogas-desde-la-exposicion](http://www.soria.es/actualidad/hablemos-de-drogas-desde-la-exposicion)
- Junta de Castilla y León (2012). *Anexos de guía de procesos y procedimientos para los Centros de Asistencia Ambulatoria a Drogodependientes de Castilla y León*. Junta de Castilla y León.
- Junta de Castilla y León (2012). *Guía de procesos y procedimientos para los centros de Asistencia Ambulatoria a Drogodependientes de Castilla y León*. Junta de Castilla y León.
- Junta de Castilla y León (2017-2021). *El plan regional sobre drogas*. [http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/legislacion/docs/LE\\_SISTEMA.pdf](http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/legislacion/docs/LE_SISTEMA.pdf)
- Ministerio del Interior, Delegación del gobierno (1996). *El plan nacional sobre drogas*. <http://www.pnsd.msssi.gob.es/>
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007) *Drogas*. Avenida Grafica).
- Organización Mundial de la Salud (2004): *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. RESUMEN <http://bit.ly/1cObHy5>
- San Francisco I., Gemma (2010): *Drogodependencias. Conceptos básicos* <http://bit.ly/1GsUScR>

- UNODC (2013) *Información básica sobre “nuevas sustancias psicoactivas”*  
<http://bit.ly/1v2HEkg>

## 6. ANEXOS:

### 6.1. Anexo 1: algunos de los ejemplos de las variables de los usuarios utilizados en la tabla:

En la tabla en la que se exponen las variables sociales de los usuarios utilizados para el estudio, se compone de treinta y dos personas en total, sin embargo, para una mejor apreciación de las características mas importantes de las variables se ponen 10 ejemplos en el anexo 1.

#### 6.1.1. Sujeto 1:

Sexo: **Hombre**. Fecha de nacimiento: **23 de octubre de 1992**. País de nacimiento: **España**. Residencia: **Soria**. Estado civil: **Soltero/a**. Modo de convivencia en el último mes: **Con padres o familia de origen**. Vivienda en el último mes: **PISO** (propiedades padres). Estudios: **ESO. (E. secundaria 1ª etapa, EGB, ESO, FPI o de grado medio)**. Situación laboral: **Contrato temporal**. Situación económica: **Estable**. Certificado de discapacidad: **Si**. Situación penal: **Sin antecedentes**. Vía de acceso al tratamiento: **Iniciativa familiar**. Tratamientos previos: **Si**. Antecedentes familiares de consumo: **No**. Sustancia principal por la que inicia tratamiento: **Ludopatía**. Edad de inicio del consumo: **21**. Vía de administración de la sustancia principal. **Máquinas tragaperras**. Consumo de otras sustancias en el último mes, diferentes a la principal: **Alcohol y tabaco**.

Este usuario no tiene ningún problema penal, ya que acude al centro por iniciativa familiar y en ningún caso obligado por el abogado. Tiene un problema de ludopatía lo que le supone problemas a nivel familiar, dedica todo el sueldo a la adicción (máquinas tragaperras). **Tratamiento:** Se realizan ciertos talleres con el de relajación para que aprenda a controlar sus impulsos cuando le entran ganas de jugar, también se le prohíbe acudir solo a los bares en los que jugaba de forma habitual y su familia le controla el dinero de forma que le dan una cantidad cuando se le ha acabado, lo reibido anteriormente. **Valoración:** Apoyo familiar constante, le ayuda. Su evolución es favorable. Se encuentra inscrito en el punto de orientación laboral.

#### 6.1.2. Sujeto 2.

Sexo: **Hombre**. Fecha de nacimiento: **27-06-1950**. País de nacimiento: **Francia**. Residencia: **Soria**. Estado civil: **Divorciado/a**. Modo de convivencia en el último mes: **Otros (vive con la excuñada)**. Vivienda en el último mes: **Casa, piso, apartamento**.



Estudios: **E. Secundaria 2ª etapa, BUP, COU, FP-2.** Situación laboral: **Jubilado.** Situación económica: **Jubilación no nominativa.** Certificado de discapacidad: **No.** Situación penal: **Sin antecedentes.** Vía de acceso al tratamiento: **Iniciativa propia.** Tratamientos previos: **Si.** Antecedentes familiares de consumo: **Si.** Sustancia principal por la que inicia tratamiento: **Alcohol.** Edad de inicio del consumo: **14.** Vía de administración de la sustancia principal: **Oral.** Consumo de otras sustancias en el último mes, diferentes a la principal. **Ninguna**

El usuario acude al centro debido a su deseo irrefrenable de consumir más de 20 cervezas al día, acude por iniciativa propia, sin embargo, solamente pretende disminuir el consumo en ningún caso eliminarlo. Lo cual es un problema de larga trayectoria. El consumo de alcohol comenzó a los 14 años lo cual es un problema, además su consumo de alcohol aumenta a medida que su cuerpo comienza a hacerse tolerante a la cantidad de alcohol ingerida. **Tratamiento:** acudió al taller de relajación para controlar sus impulsos, taller de ocio y tiempo libre para aprender a administrar su ocio y realizar tareas que no estén relacionadas con el alcohol. **Valoración:** No se toma en serio su problema lo cual dificulta a los profesionales su trabajo, debido a que no pueden ayudarle.

#### *6.1.3. Sujeto 3*

Sexo: **Mujer.** Fecha de nacimiento: **26-04-1964.** País de nacimiento: **España.** Residencia: **Soria.** Estado civil: **Soltero/a.** Modo de convivencia en el último mes: **Solo/a.** Vivienda en el último mes: **Casa, piso, apartamento.** Estudios: **Enseñanza primaria incompleta.** Situación laboral: **No. (Desempleado).** Situación económica: **Ayuda ayuntamiento- renta mínima garantizada.** Certificado de discapacidad: **No.** Situación penal: **Sin antecedentes.** Vía de acceso al tratamiento: **Administración pública- Ayuntamiento.** Tratamientos previos: **No.** Antecedentes familiares de consumo: **Si (padres bebedores habituales de vino en las comidas).** Sustancia principal por la que inicia tratamiento: **Alcohol.** Edad de inicio del consumo: **17.** Vía de administración de la sustancia principal. **Oral.** Consumo de otras sustancias en el último mes, diferentes a la principal. **Tabaco.**

La situación de este usuario es complicada ya que vive sola y es difícil conocer la verdad de lo que bebe o no en su vida cotidiana. Acude al centro por iniciativa propia debido a que sus padres también son bebedores habituales de alcohol. Está desempleada y su situación económica es complicada, se le solicita la renta mínima garantizada de

ciudadanía en el ayuntamiento y ha resultado favorable. **Tratamiento:** debe acudir una vez a la semana a una entrevista con la psicóloga y a todos los talleres que los profesionales crean necesarios. **Valoración:** la valoración es muy positiva, ya que el usuario se involucra mucho en la recuperación.

#### *6.1.4. Sujeto 4*

Sexo: **Hombre**. Fecha de nacimiento: **17-01-1957**. País de nacimiento: **España**. Residencia: **Soria**. Estado civil: **Soltero/a**. Modo de convivencia en el último mes: **Solo/a**. Vivienda en el último mes: **Casa, piso, apartamento**. Estudios: **E. Secundaria 2ª etapa, BUP, COU, FP-2**. Situación laboral: **Baja laboral- Correos**. Situación económica: **Estable**. Certificado de discapacidad: **No**. Situación penal: **Juicio rápido en el que le han quitado el carnet de conducir 8 meses y condenado a pagar una multa. (Alcoholemia con golpe a un coche)**. Vía de acceso al tratamiento: **Administración pública**. Tratamientos previos: **Si**. Antecedentes familiares de consumo: **No**. Sustancia principal por la que inicia tratamiento: **Alcohol**. Edad de inicio del consumo: **17**. Vía de administración de la sustancia principal. **Oral**. Consumo de otras sustancias en el último mes, diferentes a la principal: **Anfetaminas**.

Su situación penal es un poco complicada ya que por su problema con el alcohol se ha tenido que enfrentar a un juicio rápido, en el que le han quitado el carnet de conducir durante 8 meses y le han obligado a pagar una multa. Al realizar el control de alcoholemia se han dado cuenta de que conducía bajo los efectos del alcohol y le dio un golpe a un coche. Acude al centro aconsejado por la administración pública y por su abogado, piensa que acudiendo a tratamiento le van a quitar la multa y devolver el carnet. **Tratamiento:** Acude a talleres y sesiones con el psiquiatra. **Valoración:** se esfuerza por conseguir sus objetivos.

#### *6.1.5. Sujeto 5*

Sexo: **Hombre**. Fecha de nacimiento: **17-03-1955**. País de nacimiento: **España**. Residencia: **Soria**. Estado civil: **Soltero/a**. Modo de convivencia en el último mes: **Solo/a**. Vivienda en el último mes: **Casa, piso, apartamento (propiedad de 7 hermanos)**. Estudios: **Enseñanza primaria completa**. Situación laboral: **Autónomo (régimen agrario)**. Situación económica: **Estable**. Certificado de discapacidad: **No**. Situación penal: **Sin antecedentes**. Vía de acceso al tratamiento: **Administración pública (Servicios Sanitarios)**. Tratamientos previos: **No**. Antecedentes familiares de consumo:

**No.** Sustancia principal por la que inicia tratamiento: **Ludopatía**. Edad de inicio del consumo: **21**. Vía de administración de la sustancia principal: **Máquinas tragaperras**. Consumo de otras sustancias en el último mes, diferentes a la principal: **Ninguna**

En este caso el usuario que acude al centro es autónomo y vive en una casa propiedad de 7 hermanos. Es derivado por los servicios sanitarios ya que el juego se está convirtiendo en un problema en su vida diaria. Su situación se está complicando porque descuida todos sus hábitos saludables, incluido el trabajo por jugar. Sus hermanos le reclaman un dinero que él, no tiene. Tratamiento: acude a talleres de relajación. Valoración: Se esfuerza por superar la adicción, pero le pueden los impulsos.

#### *6.1.6. Sujeto 6*

Sexo: **Hombre**. Fecha de nacimiento: **19-04-1956**. País de nacimiento: **España**. Residencia: **San Leonardo de Yagüe (Soria)**. Estado civil: **Casado/a**. Modo de convivencia en el último mes: **Únicamente con pareja**. Vivienda en el último mes: **piso (propiedad)**. Estudios: **E. Secundaria 2ª etapa, BUP, COU, FP-2 (Bachillerato)**. Situación laboral: **Trabajador activo**. Situación económica: **Estable**. Certificado de discapacidad: **No**. Situación penal: **Sin antecedentes**. Vía de acceso al tratamiento: **Administración pública**. Tratamientos previos: **No**. Antecedentes familiares de consumo: **Si**. Sustancia principal por la que inicia tratamiento: **Alcohol**. Edad de inicio del consumo: **18**. Vía de administración de la sustancia principal: **Oral**. Consumo de otras sustancias en el último mes, diferentes a la principal: **Ninguna**.

El usuario es un trabajador activo, con estabilidad económica, derivado por la administración pública debido al consumo de alcohol desde los 18 años. Tratamiento: Acude a talleres de relajación. Valoración: se esfuerza por conseguir una pronta recuperación.

#### *6.1.7. Sujeto 7*

Sexo: **Hombre**. Fecha de nacimiento: **11-02-1979**. País de nacimiento: **España**. Residencia: **Soria**. Estado civil: **Soltero/a**. Modo de convivencia en el último mes: **Con padres o familia de origen**. Vivienda en el último mes: **piso (propiedad de la madre)**. Estudios: **E. secundaria 1ª etapa, EGB, ESO, FPI o de grado medio**. Situación laboral: **Desempleado**. Situación económica: **No le corresponde prestación. Ahorros y ayuda económica de la familia**. Certificado de discapacidad: **No**. Situación penal: **2 procesos**

**judiciales.** Vía de acceso al tratamiento: **Abogado.** Tratamientos previos: **No.** Antecedentes familiares de consumo: **No.** Sustancia principal por la que inicia tratamiento: **Cannabis.** Edad de inicio del consumo: **16.** Vía de administración de la sustancia principal: **Fumada.** Consumo de otras sustancias en el último mes, diferentes a la principal: **Anfetaminas inicio el consumo a los 18 años, consumos esporádicos (más o menos 1 consumo al mes) y tabaco.**

Tiene una situación económica complicada porque no le corresponde prestación, vive con ahorros y le ayuda económicamente la familia, ahora mismo tiene 2 procesos judiciales, y acude al centro porque el abogado le aconseja que así lo haga. Tratamiento: acude regularmente a las citas con los profesionales. Valoración: Se esfuerza por recuperarse de forma positiva.

#### *6.1.8. Sujeto 8*

Sexo: **Hombre.** Fecha de nacimiento: **18-12-1984.** País de nacimiento: **España.** Residencia: **Soria.** Estado civil: **Soltero/a.** Modo de convivencia en el último mes: **Únicamente con pareja.** Vivienda en el último mes: **piso (propiedad).** Estudios: **E. secundaria 1ª etapa, EGB, ESO, FPI o de grado medio (2º ESO finalizado).** Situación laboral: **Desempleado.** Situación económica: **Ha solicitado RGC y ha resultado favorable.** Certificado de discapacidad: **No.** Situación penal: **Libertad condicional.** Vía de acceso al tratamiento: **Abogado.** Tratamientos previos: **Si.** Antecedentes familiares de consumo: **Si.** Sustancia principal por la que inicia tratamiento: **Cocaína.** Edad de inicio del consumo: **17 años.** Vía de administración de la sustancia principal: **Esnifada.** Consumo de otras sustancias en el último mes, diferentes a la principal: **Alcohol inicio del consumo 16 años por vía oral y Anfetaminas inicio del consumo 17 por vía nasal (consumos esporádicos).**

Tiene la libertad condicional debido a que acude a tratamiento, es decir, el juez determino que si acudía al centro de drogodependientes le concedían la libertad condicional. Por lo tanto, el usuario tiene la obligación de acudir periódicamente a todas las citas y el centro debe emitir informes sobre la evolución cada 3 meses. Tratamiento: acude una vez a la semana con los profesionales. Valoración: Se esfuerza de forma muy positiva.

#### 6.1.9. Sujeto 9

Sexo: **Hombre**. Fecha de nacimiento: **26-01-1984**. País de nacimiento: **Bulgaria**. Residencia: **Soria**. Estado civil: **Pareja estable**. Modo de convivencia en el último mes: **Únicamente con pareja**. Vivienda en el último mes: **Casa, piso, apartamento (alquiler)**. Estudios: E. secundaria 1ª etapa, EGB, **ESO**, FPI o de grado medio (**aproximadamente 2º ESO**). Situación laboral: **Autónomo**. Situación económica: **Pagando préstamos mensualmente**. Certificado de discapacidad: **No**. Situación penal: **Con antecedentes**. Vía de acceso al tratamiento: **Administración pública (Salud Mental)**. Tratamientos previos: **Si**. Antecedentes familiares de consumo: **No**. Sustancia principal por la que inicia tratamiento: **Alcohol**. Edad de inicio del consumo: **12-13**. Vía de administración de la sustancia principal: **Oral**. Consumo de otras sustancias en el último mes, diferentes a la principal: **Cocaína inicio 17-18, por vía nasal**.

El usuario presenta problemas mentales derivados del consumo de alcohol y cocaína, por lo tanto, acude al centro derivado por los servicios sanitarios. Su situación económica es complicada ya que actualmente está pagando prestamos de manera mensual, casi por el importe total de su sueldo. **Tratamiento:** Pretende ir a un centro de desintoxicación, carece de tiempo y de ganas para acudir. **Valoración:** no muestra especial interés en el tratamiento.

#### 6.1.10. Sujeto 10

Sexo: **Hombre**. Fecha de nacimiento: **29-04-1964**. País de nacimiento: **España**. Residencia: **Soria**. Estado civil: **Divorciado/a**. Modo de convivencia en el último mes: **Con padres o familia de origen**. Vivienda en el último mes: **Piso**. Estudios: **E. Secundaria 2ª etapa**. Situación laboral: **Trabajador activo**. Situación económica: **Estable**. Certificado de discapacidad: **No**. Situación penal: **Sin antecedentes**. Vía de acceso al tratamiento: **Administración pública (Servicios sanitarios)**. Tratamientos previos: **Si**. Antecedentes familiares de consumo: **No**. Sustancia principal por la que inicia tratamiento: **Alcohol**. Edad de inicio del consumo: **16**. Vía de administración de la sustancia principal: **Oral**. Consumo de otras sustancias en el último mes, diferentes a la principal: **Ninguna**.

El usuario consume alcohol de manera regular desde los 16 años, ha realizado tratamientos previos para dejarlo, los cuales han fracasado, le derivan los servicios sociales del ayuntamiento para tratar su problema en el centro de atención a

drogodependientes de Cruz Roja Española en Soria, y que le realicen un programa individualizado de tratamiento. Es un trabajador activo con una economía estable. Tratamiento: Medicación que progresivamente se ha ido reduciendo. Valoración: A puesto mucho interés y el problema esta disminuyendo, lleva el tratamiento 7 meses, y la evaluación es muy positiva.

*6.2. Anexo 2: Tabla de efectos de las drogas:*

NOMBRE	NOMBRES ALTERNATIVOS	PRESENTACION	VÍA DE ADMÓN	EFECTOS	CONSECUENCIAS NEGATIVAS	SINDROME DE ABSTINENCIA
ALCOHOL	Priva, litrona, botellón.	Líquido	Oral	Depresor. Adormece el sistema nervioso central. Desinhibe la conducta. Falsa sensación de seguridad en uno mismo.	Adicción. Daños orgánicos múltiples, incluidos daños al feto. Riesgo de accidentes. Conducta agresiva y violenta.	Temblores, irritabilidad. Delirium.
TABACO	Pito, pitillo.	Cigarrillos, puros, tabaco de liar o para pipa.	Fumada, e inhalada (en el caso de los fumadores pasivos)	Estimulante. Al contrario de lo que se cree, no tiene efectos relajantes.	Adicción. Cáncer, enfermedades broncopulmonares y cardiovasculares.	Irritabilidad, ansiedad.
CANNABIS	Hierba, maría, chocolate, porro, canuto, costo.	Hachís: pasta marrón. Marihuana: hojas trituradas. Aceite de hachís: líquido oleoso.	Fumada, inhalada, vía oral.	Psicodisléptico. Produce relajación, risa floja, locuacidad, desorientación y conjuntivas enrojecidas.	Adicción. Alteraciones de memoria y aprendizaje. Desmotivación y posibles alteraciones psiquiátricas.	Recientes estudios apuntan a la existencia de un síndrome caracterizado por ansiedad, insomnio e irritabilidad.
COCAINA	Coca, nieve blanca, farlopa, perico. Crack (cocaína en forma de base)	Polvo blanco. En el caso del crack, se presenta en forma de piedras o cristales.	Oral, intranasal, fumada, inhalada, inyectada.	Estimulante. Provoca hiperactividad, aumento de la energía, insomnio, hipertensión, pérdida de apetito y pupilas dilatadas.	Adicción. Trastornos psiquiátricos, coronarios y cerebrovasculares. En el caso del crack, la adicción es muy rápida.	Insomnio o somnolencia, irritabilidad, agitación, tendencia a la violencia y a la actuación en “cortocircuito”.
HEROINA	Caballo, jaco, nieve, pico, “chino”.	Polvo blanquecino, pardo, o marrón. En ocasiones, líquido.	Inyección intravenosa o subcutánea. Nasal, fumada.	Depresor. Produce inactividad, aturdimiento y en un primer momento sensación de placer.	Adicción. Riesgo de sobredosis. Enfermedades infecto-contagiosas (VIH, hepatitis B y C, tuberculosis).	Ansiedad, malestar general, dolores, náuseas o vómitos, diarrea, fiebre, dilatación pupilar.

D R O G A S  D E  S Í N T E S I S	EXTASIS (MDMA)	Pastis, pastillas, droga del amor	Comprimidos de distintas formas y colores, capsulas.	Oral.	Estimulante/ Psicodisléptico.  Produce hiperactividad, mayor sociabilidad, aumento de temperatura, disminución de la fatiga.	Destrucción de neuronas. Golpe de calor y deshidratación . Posibles problemas de hígado y riñón.	Pueden aparecer síntomas como fatiga, tensión muscular o irritabilidad relacionados con síntomas subagudos psiquiátricos que no tienen que ver con el síndrome de abstinencia.
	METANFET AMINA	Speed, meth, chalk, ice, crystal.	Polvo blanco.	Oral, fumada, inhalada o inyectad a.	Estimulante. Disminución de la sensación de fatiga. Euforia intensa (flash).	Taquicardia, Hipertensión, Arritmias. Convulsiones. Estados psicóticos (paranoias, alucinaciones, delirios).	Depresión, ansiedad y agotamiento físico.
	GHB GAMMA HIDROXIBU TIRATO	Éxtasis líquido	Habitualmente en forma líquida. A veces polvo blanco cristalino.	Oral.	Depresor/ Psicodisléptico. Relajación, deseo de comunicación, ideas delirantes y alucinaciones.	La relación dosis/ efectos es impredecible. Depresión respiratoria, cefalea y coma.	Insomnio, temblores, sudoración, ansiedad si se suspende el consumo habitual.
	PCP O FENCICLIDI NA	Polvo de ángel.	Polvo blanco soluble, tabletas, cápsulas.	Oral, inhalada , fumada.	Depresor/ Psicodisléptico, adormecimiento extremidades, distorsión de las percepciones visuales y auditivas.	Paranoia, alucinaciones, delirio. Despersonaliz ación conductas violentas y autodestructiv as.	



	KETAMINA	Especial K	Líquido, polvo, etc.	Inyectada, inhalada	Depresor/ Psicodisléptico. Dificultad para hablar y pensar. Viaje psicodélico.	Ansiedad. Paranoia. Parada cardiorrespiratoria.	
	POPPERS O NITRITO BUTILICO	Popper	Líquido inhalable.	Inhalada	Depresor. Desinhibición, disminución del control.	Hipotensión, taquicardia espasmo coronario. “Muerte súbita por inhalación”.	
	M- CPP	Tiburón, lacoste,	Comprimidos. Polvo	Oral.	Estimulante y alucinógena.	Nauseas, dolor abdominal, dolor de cabeza, daño renal, comportamiento psicótico, brotos de violencia.	
O T R A S  D R O G A S	LSD	Ácido, tripi.	Sellos de papel, tabletas, capsulas, tiras de gelatina.	Oral.	Psicodisléptico.  Cambios emocionales rápidos e intensos. Viaje psicodélico.	“Mal viaje”, “flashback”. Trastorno de ansiedad, depresivo y psicótico.	
	Setas	Hongos alucinógenos (psilocibicina y Psilocina)	Polvo, capsulas y “smell bags” (bolsa para oler)	Oral.	Psicodisléptico. Euforia y viaje psicodélico.	Despersonalización. Alucinaciones y delirios. Crisis de pánico.	
	Sustancias volátiles.	Colas, pegamentos, gasolina.	Barras, spray, líquido.	Inhalación de vapores.	Euforia, somnolencia y confusión.	Fatiga, disminución de la memoria, depresión, agresividad, daños orgánicos múltiples.	

Fuente: Guía de Drogas de la Delegación de Gobierno de España, Ministerio de Sanidad y Consumo.